

CREENCIAS, PRÁCTICAS Y PERFIL EPIDEMIOLÓGICO BUCODENTAL EN LA COMUNIDAD  
INDÍGENA CAME TSA BIYA, MUNICIPIO DE SIBUNDOY- PUTUMAYO 2003

MAGDA SELENY MONCAYO MONTILLA 001615  
FRANCYS JOHANA ZÚÑIGA SILVA 992463

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y SALUD PÚBLICA  
SANTIAGO DE CALI  
2004

CREENCIAS, PRÁCTICAS Y PERFIL EPIDEMIOLÓGICO BUCODENTAL EN LA COMUNIDAD  
INDÍGENA CAMENTSÁ BIYA, MUNICIPIO DE SIBUNDOY- PUTUMAYO 2003

MAGDA SELENY MONCAYO MONTILLA 001615  
FRANCYS JOHANA ZÚÑIGA SILVA 992463

Trabajo de Grado

Asesor Científico y Metodológico  
JORGE EDUARDO TASCÓN  
Odontólogo, Magíster en Salud Pública

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y SALUD PÚBLICA  
SANTIAGO DE CALI  
2004

## **DEDICATORIA**

A Dios por el amor y la fortaleza que sembró en nuestra vida para alcanzar con éxito las metas y sueños anhelados.

A nuestros padres que con su comprensión, apoyo y esfuerzo, estuvieron presentes en nuestra formación.

A nuestros hermanos por ser motivación y testigos de nuestro progreso.

## **AGRADECIMIENTOS**

El equipo de investigación, una vez cumplidas las metas propuestas en la presente investigación expresa sus sinceros agradecimientos.

A la comunidad indígena Camentsa Biya en el municipio de Sibundoy, Putumayo con su respectivo cabildo y gobernador por dar su autorización y colaborar en el desarrollo de este estudio.

A nuestro asesor científico y metodológico, Dr. Jorge Eduardo Tascón por sus valiosos y desinteresados aportes durante todo el proceso evolutivo de la investigación.

Al Doctor Héctor Mueses por sus orientaciones estadísticas.

A nuestra coinvestigadora, Irma Lolay Silva, en el municipio de Sibundoy por el tiempo valioso, interés y conocimientos aportados en el transcurso del presente estudio.

A los demás docentes de investigación del Colegio Odontológico Colombiano, Sede Santiago de Cali, por compartir sus conocimientos, habilidades y dedicación en mejora de nuestro conocimiento sobre el método científico.

## CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	19
1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	22
1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	22
1.2 JUSTIFICACIÓN	22
1.3 OBJETIVOS	23
1.3.1 Objetivo General	23
1.3.2 Objetivos Específicos	23
2. MARCO TEÓRICO	24
2.1 SALUD Y ENFERMEDAD BUCODENTAL	24
2.1.1 Concepto	24
2.1.2 Enfermedades bucodentales	24
2.1.3 Índices utilizados en el diagnóstico de enfermedad bucodental	25
2.2 HISTORIA DE LA ODONTOLOGÍA	27
2.2.1 En América	27
2.2.2 En Colombia	28
2.3 SITUACIÓN BUCODENTAL COLOMBIANA	29
2.3.1 Epidemiología de la caries	30
2.3.2 Epidemiología de la enfermedad periodontal	31
2.3.3 Epidemiología de la oclusión y de la mucosa oral	31
2.4 MUNICIPIO DE SIBUNDOY	31
2.4.1 Historia de Sibundoy	31
2.4.2 Localización	32
2.4.3 Límites	32

2.4.4	Relieve	32
2.4.5	Clima	33
2.4.6	Hidrografía	33
2.4.7	Caracterización demográfica	33
2.4.8	Desarrollo y proyección económica	33
2.4.9	Problemas	34
2.4.10	Salud	34
2.4.11	Educación	35
2.4.12	Cultura	35
2.4.13	Recreación y deporte	36
2.4.14	Transporte	36
2.4.15	Comunicaciones	36
2.5	COMUNIDAD INDÍGENA CAMENTSA BIYA	37
2.5.1	La tierra	37
2.5.2	Costumbres	37
2.5.3	Medicina tradicional	38
2.5.4	Salud y nutrición	39
2.6	SALUD ORAL EN LA COMUNIDAD INDÍGENA CAMENTSA	40
2.6.1	Historia	40
2.6.2	Concepto	41
2.6.3	Prevención	41
2.6.4	Curaciones y tratamientos	41
3.	DISEÑO METODOLÓGICO	43
3.1	HIPÓTESIS	43
3.2	TIPO DE ESTUDIO	43
3.3	UNIVERSO	43
3.4	POBLACIÓN	43

3.5 MUESTRA	43
3.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN	45
3.6.1 Criterios de inclusión	45
3.6.2 Criterios de exclusión	46
3.6.3 Criterios de retiro	46
3.7 VARIABLES	47
3.8 FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	51
3.8.1 Instructivo	51
3.9 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	51
3.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS	51
3.10.1 Consentimiento Informado	51
3.11 RECURSOS	51
3.12 CRONOGRAMA	51
4. RESULTADOS	52
5. DISCUSIÓN	60
6. CONCLUSIONES	64
7. RECOMENDACIONES	65
BIBLIOGRAFÍA	66
ANEXOS	69

## LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Índice periodontal de las necesidades de tratamiento de la comunidad (CPITN)	26
Tabla 2. Características de la edad de población sujeto a estudio	52
Tabla 3. Algunos elementos utilizados para higiene oral	52
Tabla 4. Medicamentos tradicionales utilizados para curar enfermedades bucodentales en la comunidad Camentsa	53
Tabla 5. Creencias sobre la causa de caries en la comunidad Camentsa	54

## LISTA DE CUADROS

	pág.
Cuadro 1. Variables	47
Cuadro 2. Promedio de sextantes con marcadores periodontales, según edad. Comunidad Camentsa Biya. 2003	58
Cuadro 3. Morbilidad por consulta externa según 183 causas	71
Cuadro 4. Recursos humanos	84
Cuadro 5. Recursos físicos	85
Cuadro 6. Recursos financieros	85
Cuadro 7. Cronograma. Sexto semestre	86
Cuadro 8. Cronograma. Séptimo semestre	86
Cuadro 9. Cronograma. Octavo semestre	86
Cuadro 10. Cronograma. Noveno semestre	86
Cuadro 11. Cronograma. Décimo semestre	86

## LISTA DE GRÁFICOS

	pág.
Gráfico 1. Examen físico bucodental (A)	54
Gráfico 2. Examen físico buco-dental (B)	55
Gráfico 3. Distribución del promedio del índice IHS por rangos de edad	56
Gráfico 4. Distribución del índice COP por rangos de edad	56
Gráfico 5. CPITN por persona	57
Gráfico 6. CPITN de acuerdo al sexo	57
Gráfico 7. Distribución del promedio de sextantes con marcadores periodontales, según edad. Comunidad indígena Camentsa Biya, 2003	58

## LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Ubicación del departamento del Putumayo en Colombia	69
Figura 2. Departamento del Putumayo	69
Figura 3. Etnias del Putumayo. Comunidad Camentsa	70
Figura 4. Carnaval indígena	72
Figura 5. Celebración del carnaval	72
Figura 6. Centro cultural Tamabioy	73
Figura 7. Niños indígenas	73
Figura 8. La tierra: sentido cultural	73
Figura 9. Baile tradicional	74
Figura 10. Encuentro de dos culturas	74

## LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Mapas	69
Anexo B. Morbilidad en el Departamento del Putumayo 1997 – 1999	71
Anexo C. Fotografías municipio de Sibundoy – Comunidad Indígena Camenta Biya	72
Anexo D. Formulario de recolección de información	75
Anexo E. Instructivo de recolección de información	78
Anexo F. Formato de consentimiento informado	80
Anexo G. Recursos	84
Anexo H. Cronograma	86

## GLOSARIO

**ACHIRA:** planta medicinal casera ubicada dentro de las chagras Camentsa.

**AUTÓCTONO:** se aplica a los pueblos o gentes originarios del mismo país en que viven.

**BARACHERO:** planta medicinal casera ubicada dentro de las chagras Camentsa.

**BARBACUANO:** alimento típico de la región.

**BEJUCO:** nombre de diversas plantas tropicales cuyos tallos largos y delgados se emplean para toda clase de ligaduras, tejidos, muebles, bastones, etc.

**CABILDO:** lugar donde habitan las máximas autoridades indígenas.

**CAMENTSÁ BIYA:** comunidad indígena única en el mundo localizada en el municipio de Sibundoy- Putumayo.

**CHAGRA:** ecosistema artificial ocasionado por la intervención del hombre que busca mayor producción neta, para los Camentsa incluye el espacio físico y la dinamita propia. En la chagra Camentsa esta toda la educación, salud, forma parte del conocimiento, de la arquitectura, la economía, de todos los elementos que permiten a un pueblo vivir y organizarse.

**CHONDUROS:** planta medicinal casera ubicada dentro de las chagras Camentsa.

**CURACA:** chamán, cacique potentado o gobernador indígena.

**CUYANGUILLAS:** planta medicinal casera ubicada dentro de las chagras Camentsa.

**DORMIDERA:** planta medicinal casera ubicada dentro de las chagras Camentsa.

**ELITISTA:** voz francesa usada en los países de habla española, con el significado de minoría selecta, lo mejor y mas distinguido.

**EMPÍRICO:** relativo a la experiencia o fundado en ella.

**EPIDEMIA:** brote de una enfermedad infectocontagiosa y que aparece en forma aguda y masiva en un determinado lugar geográfico.

**EPIDEMIOLOGÍA:** estudio de los factores que determinan la frecuencia y distribución de las epidemias entre las poblaciones humanas.

**FEHACIENTE:** o hace fe en juicio.

**GALEMBO:** Planta medicinal casera ubicada dentro de las chagras Camentsa.

**GUNA:** alimento típico de la región.

**HETEROGENEIDAD:** compuesto de partes de diversa naturaleza.

**INCIDENCIA:** calculo relativo de casos nuevos o personas que desarrollan la enfermedad durante

un periodo de tiempo determinado.

LADERA: declive de un monte o una altura.

LENGUA DE VACA: planta medicinal casera ubicada dentro de la chagra Camentsa

LETRINAS: lugar destinado en las casas para verter las inmundicias y expeler los excrementos.

MANGAPAGUI: Planta propia de la región.

MOQUILLO: planta medicinal casera ubicada dentro de las chagras Camentsa.

MORBILIDAD: proporción de personas que padecen los efectos de una enfermedad en una población.

ORNATO: adornos utilizados por los Camentsa en su vestuario y para sus casas.

OROGRAFÍA: parte de la geografía física que trata de la descripción de las montañas.

POLIÉTNICO: varias etnias.

PREVALENCIA: numero de casos existentes en un momento determinado sin distinguir si son nuevos o antiguos.

SANGRE GRADO: sustancia de un árbol con el mismo nombre que usaban los Camentsa para enjuagues bucodentales.

SIBUNDOY: municipio del departamento del putumayo, ubicado al sur occidente de Colombia.

TASA: proporción numérica que se utiliza con frecuencia en la compilación de datos concernientes a la prevalencia y la incidencia de determinados hechos, en la cual el numero de apariciones reales figura en el numerador y el número de apariciones posibles en el denominador.

VERDOLAGA: planta medicinal casera ubicada dentro de las chagras Camentsa

YAGE: alucinógeno preparado en el bajo Putumayo, es considerado por el Curaca la fuente para llegar a determinar la enfermedad o el estado del paciente.

## RESUMEN

**Objetivo:** describir creencias, prácticas y perfil epidemiológico bucodental de la comunidad Camentsa Biya del Municipio de Sibundoy Putumayo del año 2003, para dar base a programas que mejoren las características de las percepciones sobre la morbilidad oral.

**Materiales y métodos:** se realizó un estudio observacional, descriptivo transversal en 355 individuos seleccionados por muestreo aleatorio estratificado proporcional, con rangos de edad entre 7 y 74 años. Se usó un cuestionario estructurado con 43 ítem con el cual se indagó sobre: datos personales, creencias sobre salud oral, prácticas de higiene oral y características clínicas.

**Resultados:** 11.3% emplean prácticas autóctonas para higiene oral; 94.4% de los individuos usan cepillo, crema y seda dental, (14.1%) utiliza la hierbabuena, como medicamentos naturales para tratamientos bucales. 73.5% manifestaron que nunca habían asistido al odontólogo. (100%) presentaron historia de caries, 80% presentó algún marcador de enfermedad periodontal; según índice CPITN el 41.1% requiere de prevención y refuerzo de su higiene oral. 68.2% presentaron alteraciones de oclusión, 23.7% alteraciones en la articulación Temporomandibular y 13.8% maxilares.

**Conclusiones:** las prácticas tradicionales de higiene oral han sido reemplazadas por uso de cepillo y crema dental, aunque en una minoría aún se utilizan métodos autóctonos abrasivos.

Las enfermedades bucales más frecuentes son la caries y la enfermedad periodontal. En población mayor a los 50 años hay alta prevalencia de anodoncias y necesidad significativa de prótesis.

Otras afecciones como las de ATM y alteraciones en maxilares presentan también alta prevalencia. La oclusión se ve afectada y muestra necesidad de tratamientos correctivos de ortodoncia.

**Palabras claves:** Creencias, Prácticas, Camentsa Biya, Diagnóstico bucal, Higiene oral, Indígenas, Sur América-Putumayo

## INTRODUCCIÓN

Prestar los servicios de salud a comunidades indígenas de manera óptima ha sido y seguirá siendo un problema de discusión en cualquier parte del mundo donde existan indígenas, básicamente por sus diferencias culturales.<sup>1</sup> Colombia con sus 81 etnias indígenas,<sup>2</sup> es considerada constitucionalmente como una nación multiétnica y pluricultural y sin duda hace parte de este complejo problema.

En el estado actual de servicios de salud oral, la variable constante que reciben las comunidades indígenas colombianas es la falta de programas de salud oral y prevención a largo plazo, siendo importante enfatizar que de los 35 millones de habitantes de este país, aproximadamente medio millón son indígenas<sup>3</sup>. Entre ellas está la comunidad indígena Camentsa Biya, localizada en el municipio de Sibundoy, al noroccidente del Departamento de Putumayo, suroriente Colombiano. Donde habitan 12.007 habitantes de los cuales el 25% pertenecen a la comunidad Camentsa, distribuidos en la zona rural. Esta comunidad se caracteriza por ser un pueblo que basa su economía principalmente en la agricultura y la ganadería<sup>4</sup>.

Teniendo en cuenta que esta población aún conserva ciertas costumbres y creencias autóctonas, la cultura es diversa, en la medida que indígenas Camentsa y colonos comparten y enriquecen la misma<sup>5</sup>.

En materia de salud, se han realizado prácticas empíricas de curación, empleando medios naturales como el yagé (alucinógeno preparado en el bajo Putumayo) y otros preparados con hierbas. Además la población cuenta con un centro de salud que presta servicios básicos pero ha resultado insuficiente, debido a la escasez de recursos humanos para atender las actuales demandas<sup>5</sup>.

Con base en lo anteriormente expuesto, el presente estudio tuvo como objetivo general: describir creencias, prácticas y el perfil epidemiológico bucodental de la comunidad indígena Camentsá Biya del municipio de Sibundoy, durante el año 2003. Para ello se proponen como objetivos específicos: describir la población a estudio según sexo, edad, y lugar de residencia; describir las creencias que sobre enfermedad bucodental tiene la población; describir las prácticas que sobre enfermedad bucodental tiene la población; describir prácticas en beneficio de la salud oral de la población a estudio; identificar el perfil epidemiológico bucodental de la población a estudio; socializar los resultados de la investigación ante la universidad y las autoridades competentes de la región.

Con estos objetivos se logró el propósito de dar bases a programas enfocados a mejorar percepciones sobre enfermedades bucodentales, así como generar evidencia y concientizar a los tomadores de decisiones en el diseño de programas que satisfagan las necesidades de salud bucodental de la población; todo esto basado en que estudios referentes a salud general reportan que a nivel nacional en las comunidades indígenas predomina el parasitismo intestinal, seguido de infección respiratoria aguda y de caries,<sup>6</sup> además, en el departamento del Putumayo DASALUD muestra desde el año 1997 hasta 1999 que la mayor problemática se encuentra en el campo de salud oral; y se piensa que es debido a que la comunidad Camentsá Biya es una minoría étnica donde las prácticas con respecto a salud bucodental no son favorables, por otro lado el acceso a servicios de salud es limitado por la distancia entre veredas y municipios, además no existen estudios estadísticamente representativos sobre este tema en dicha comunidad<sup>7</sup>.

Para determinar la problemática, objetivos y propósitos del presente estudio se tuvieron en cuenta antecedentes generales como:

La literatura sobre epidemiología oral en Colombia encierra estudios como la Investigación Nacional de Morbilidad 1965 y el Estudio Nacional de Salud Oral 1977-1980; en el que se observa que por el aumento de personas con historia de caries y enfermedad periodontal, la OMS clasificó a Colombia con uno de los mayores índices de caries a nivel mundial. Sus resultados muestran que las representaciones, conocimientos y prácticas de salud bucal han sido afectados positivamente por las campañas de promoción y prevención, conllevando a la disminución de la morbilidad bucal, pero recomiendan que para mejorar los indicadores actuales, es necesario ajustar las actividades de promoción, prevención y asistencia al perfil de morbilidad y las representaciones, conocimientos y prácticas orientándolas hacia las regiones del país, grupos de edad y estratos más afectados<sup>8</sup>.

Por otro lado Herazo (1992) en su libro Antropología y epidemiología bucodental colombiana, afirma que en la Investigación Nacional de Morbilidad 1965 y el Estudio Nacional de Salud 1977-1980 se tuvo en cuenta la población colombiana poliétnica con exclusión de la que habita en territorios apartados, por no ser estadísticamente significativa y por los altos costos que implican el transporte de unidades de investigación por regiones donde no existen carreteras, esta situación produjo como consecuencia que ninguna comunidad indígena o negra fuera estudiada específicamente<sup>9</sup>.

Además, la modalidad de los dos estudios no involucra ninguna población específica, lo que impide conocer la situación concreta de un municipio, vereda, grupo étnico o población institucional. Y afirma que Colombia es uno de los pocos países en tener información de sus condiciones de salud bucodental; pero parece ser que el Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud y ASCOFAME no disponen de recursos financieros para realizar estos estudios con frecuencia y por eso es necesario que las instituciones de tipo académico y científico, también los investigadores particulares contribuyan con el país en la realización de estudios en grandes y pequeñas comunidades y grupos étnicos<sup>9</sup>.

Se encuentran artículos como el publicado por la Federación Odontológica Colombiana en 1997 titulado Características de higiene oral y hábitos en la comunidad Ticuna "Arara", Amazonas; donde se encuentra que un 25% de la población nunca ha visitado al odontólogo, el 48.3% es atendida solamente en comisiones oficiales, el 18% atiende sus necesidades de salud oral cuando viaja a Leticia y solo el 8.3% acude solo en casos de urgencia, lo que concluye que el 73.3% de la población está desprotegida y solo el 26% intentan solucionar los problemas de salud bucodental por sus propios medios<sup>10</sup>.

De otro lado, en un estudio realizado en esqueletos de una comunidad indígena prehispánica en comparación con la Colombia contemporánea, se observa que la situación de salud oral de la primera es mejor que la actual<sup>11</sup>.

El problema más grave de la comunidad prehispánica es la atrición dental debido a sus costumbres. El promedio de dientes presentes por habitante prehispánico es mayor que el del colombiano contemporáneo, lo cual favorecía la alta prevalencia de apiñamiento. El índice de caries en la comunidad prehispánica es bajo comparado con el índice actual en Colombia. Además las maloclusiones dentales eran mayores en la comunidad prehispánica que en la Colombia contemporánea<sup>11</sup>.

Otros estudios de morbilidad bucodental en restos arqueológicos de seis comunidades prehispánicas en Colombia, realizados por Polanco y Herazo (2003), presentan resultados de las condiciones bucodentales en 239 cráneos que tienen desde 500 hasta 5.000 años de antigüedad. En ellos se encuentra baja prevalencia de caries pues solo un 12% de los dientes examinados están afectados, esto se debe al bajo consumo de sacarosa y una alimentación predominantemente natural. En la Colombia contemporánea el 15.3% de los dientes se encuentran sanos pese a que el 98% de los habitantes se asean los dientes con cepillo dental. Otra patología

con alta prevalencia es la atrición dental en dientes permanentes, ya que afecta el 77% de cráneos examinados. La anomalía dentofacial predominante es el apiñamiento, ya que el 33% lo presenta<sup>12</sup>.

Teniendo en cuenta la literatura revisada y para lograr los objetivos propuestos en esta investigación, en la comunidad Camentsa Biya del municipio de Sibundoy Putumayo se utilizó como metodología: la aplicación de un formulario que tuvo dos partes, la primera, una encuesta en la que se indagaron diferentes creencias de salud bucodental y prácticas de higiene oral, además se obtuvo información para describir la población a estudio según sexo, edad y lugar de residencia (rural, urbano).

La segunda parte del formulario consistió en un examen físico bucodental en el que se logró obtener la información para lograr describir el perfil epidemiológico de la población a estudio.

Para lograr lo anteriormente dicho los investigadores se desplazaron al departamento del Putumayo, municipio de Sibundoy, donde se promocionaron las visitas a las veredas y barrios donde se ofreció una charla educativa sobre salud oral y se procedió a cumplir el cronograma de trabajo de campo.

Las limitaciones de la metodología empleada fueron: no se obtuvo información de individuos menores de 7 años, lo cual sería importante para dar bases a programas de promoción y prevención, además en el formulario no se enfatiza en cada una de las anomalías del sistema estomatognático a excepción de la caries y la enfermedad periodontal.

Los resultados se obtuvieron mediante el análisis estadístico de toda la información recolectada en el periodo de junio y julio del año 2003.

## 1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

- ¿Cuál es la población a estudio según sexo, edad y lugar de residencia?
- ¿Qué creencias tiene la población a estudio sobre enfermedad bucodental?
- ¿Cuáles son las prácticas de higiene oral en la comunidad?
- ¿Cuál es el perfil epidemiológico bucodental de la población a estudio?
- ¿Cómo socializar los resultados ante la universidad y las autoridades de la región?

### 1.2 JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta los estudios referentes a salud general, reportan que a nivel nacional en las comunidades indígenas predomina el parasitismo intestinal, seguido de infección respiratoria aguda y de caries,<sup>6</sup> además en el Departamento del Putumayo, Dasalud muestra desde el año de 1997 hasta 1999, que la mayor problemática se encuentra en el campo de la salud oral<sup>7</sup>.

Por otra parte, revisando datos de la población obtenidos por el DANE, se observa que un gran porcentaje de personas son indígenas integrantes de la comunidad Camentsa Biya, a los cuales se les dificulta el acceso a los servicios de salud, por la distancia entre las veredas y los centros de salud ubicados en los municipios<sup>7</sup>.

Partiendo de la anterior información, se piensa en la posibilidad de buscar soluciones a la morbilidad bucodental de la población indígena, ya que en los pocos estudios realizados no se tiene en cuenta su diversidad étnica, cultural, territorial, y además no son estadísticamente significativas, por lo cual no se han llevado a término o a la práctica trabajos que sirvan como base para disminuir el problema<sup>7</sup>.

La investigación busca conocer en primera instancia, las prácticas y creencias que tengan que ver con salud oral, para realizar programas enfocados a mejorar las percepciones sobre las enfermedades bucodentales, así como su perfil epidemiológico; respetando en todo momento las tradiciones, decretos y leyes que el gobierno ha promulgado, las cuales constituyen un marco legal para analizar los derechos que en materia de salud tienen los indígenas, como son:<sup>1</sup>

Resolución 10013 de 1980, por la cual el estado Colombiano se compromete a:

Respetar la cultura autóctona, adecuando la prestación de servicios, buscando mecanismos de articulación y promoción de la medicina tradicional y respetando los mecanismos internos de autoridad<sup>1</sup>.

Ley 10 de 1990 que rescató los compromisos de la resolución 10013 pero precisando que: a) Toda acción de salud deberá consultarse con las autoridades tradicionales. b) Los proyectos, planes y programas una vez consultados, serán objeto de supervisión y vigilancia conjunta. c) Las comunidades contarán con un interlocutor permanente en los municipios, departamentos y en Dasalud, donde deberán existir grupos y personas especializadas en estos aspectos<sup>1</sup>.

Se pretende que esta investigación sirva de motivación y apoyo para los profesionales de la salud en la región, que son los directos implicados en la continuación de proyectos y trabajos enfocados no solo al tratamiento, sino empezar a disminuir y controlar las causas de la enfermedad desde la

promoción de la salud oral y prevención de la enfermedad bucodental, partiendo del conocimiento del perfil epidemiológico de las mismas.

La socialización de los resultados de la investigación, sirvió por un lado, para sensibilizar a los indígenas de la importancia de tener una adecuada salud bucodental reflejada en un buen concepto de estética y función.

Por otro lado, los profesionales de la salud de la comunidad se actualizarán en el estudio de salud bucodental y en conjunto con su experiencia podrán brindar mayor contribución a esta población que tanto lo necesita.

De otro lado, se dará un gran aporte a las instituciones encargadas de la epidemiología en Colombia, puesto que no hay datos estadísticos de comunidades rurales y específicamente indígenas, que conforman un gran porcentaje de la población colombiana; se piensa que si se las toma más en cuenta, se pueden disminuir los problemas de salud a nivel nacional<sup>9</sup>.

Se espera que este trabajo sea un buen ejemplo para nuevos investigadores y profesionales preocupados por el trabajo comunitario.

Revisando los temas de investigación en el Colegio Odontológico Colombiano, se encontró que la mayoría son de carácter clínico o de laboratorio; por lo tanto es interesante e innovador incrementar el trabajo comunitario que se plantea en este proyecto.

Además, se considera que en la institución, por ser de carácter privado, se ha tenido muy poca sensibilización por la falta de conocimiento y vivencia con comunidades rurales o de las diferentes etnias existentes en Colombia. Por lo tanto, se justifica empezar a complementar el conocimiento clínico y científico con la realidad actual del país, incluyendo a toda la población sin discriminación alguna, en mejora de la situación que afronta el país.

Desde el punto de vista personal, será muy gratificante dar bases para mejorar la calidad de vida de personas que en realidad lo necesitan; además con todos los conocimientos alcanzables realizando la presente investigación, se piensa en la formación de odontólogos muy completos y capacitados para atender cualquier situación, en cualquier lugar teniendo en cuenta la heterogeneidad presente en el mundo entero.

### **1.3 OBJETIVOS**

**1.3.1 Objetivo General.** Describir creencias, prácticas y el perfil epidemiológico bucodental de la comunidad indígena Camentsa Biya del municipio de Sibundoy, Putumayo durante el año 2003

#### **1.3.2 Objetivos Específicos**

1. Describir la población a estudio según sexo, edad y lugar de residencia
2. Describir las creencias que sobre enfermedad bucodental tiene la población.
3. Describir las prácticas en beneficio de la salud oral de la población a estudio.
4. Identificar el perfil epidemiológico bucodental de la población a estudio.
5. Socializar los resultados de la investigación ante la universidad y las autoridades competentes de la región.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 SALUD Y ENFERMEDAD BUCODENTAL

**2.1.1 Concepto.** Refiriendo a salud-enfermedad, se considera que no se deben tomar como entidades separadas, sino dos polos en un continuo enlace de estados corporales y mentales, enmarcados culturalmente y asociados al modo de vida de la gente. Son elementos dinámicos, evolutivos; influenciados por el ambiente natural socioeconómico y político. De tal manera que se considere a la salud como un estado de armonía y equilibrio funcional existente entre el ambiente, la sociedad, lo natural o lo sobrenatural, donde cualquier modificación de estas alteraciones en la persona y/o comunidad que se manifestará física, mental, social e históricamente.

En la mayoría de las comunidades indígenas existe la idea de que tanto la salud como la enfermedad vienen de fuera del individuo, dependen de medios externos como lo natural o lo sobrenatural, que actúan en determinados momentos como causa de la misma<sup>13,14,15</sup>.

Las comunidades indígenas le han dado a las enfermedades una trascendencia social, es decir, la curación, la prevención y todo lo que ésta implica, tiene connotaciones a nivel organizativo, mítico, religioso y provocará cambios de conducta a nivel individual y grupal, considerando tácita y explícitamente que la trasgresión de unas normas aceptadas socialmente han sido generadoras de enfermedad. De ahí la importancia del médico tradicional en la cura y prevención no solamente biológica de la enfermedad, sino también social y cultural<sup>16</sup>.

#### 2.1.2 Enfermedades bucodentales.

**Caries:** enfermedad infecciosa y transmisible en donde la destrucción progresiva de la estructura dental se inicia a partir de una actividad microbiana (*Lactobacillus acidophilus*, *Streptococcus mutans*) en la superficie del diente, puede afectar cualquiera de las caras de la corona, cuello o raíz (oclusal, mesial, distal, vestibular y lingual)<sup>17</sup>. Además, tienen una etiología multifactorial en la que intervienen características del huésped (saliva esmalte dental), de la flora bucal (placa bacteriana) y del substrato sobre el que ésta se desarrolla (higiene oral, dieta)<sup>18</sup>.

**Atrición:** desgaste fisiológico de un diente como resultado del contacto diente a diente, como en el caso de la masticación. Esto se presenta solo en las superficies oclusales, incisales y proximales de los dientes, no en otras superficies a menos que haya una relación oclusal poco común o maloclusión.

Este fenómeno es más fisiológico que patológico y está asociado con el proceso de envejecimiento<sup>19</sup>.

**Abrasión:** desgaste patológico de la sustancia dental a través de un proceso mecánico normal. Por lo regular se presenta en las superficies radiculares expuestas del diente, pero en ciertas circunstancias se pueden ver en cualquier parte del diente. Robinson (2000) estableció que la causa más común de abrasión en superficies radiculares es el uso de dentífricos abrasivos<sup>19</sup>.

**Erosión:** pérdida de sustancia dental por un proceso químico que no implica una alteración bacteriana conocida. Las lesiones lisas que no muestran una consistencia yesosa, se presentan con más frecuencia en la superficie labial y bucal de los dientes. También se presentan en superficies proximales. La pérdida de sustancia dental por lo regular se manifiesta por una depresión en forma de cucharón poco profundo, amplio, liso, altamente pulido que se encuentra sobre la superficie del esmalte adyacente a la unión cemento – esmalte<sup>19</sup>.

**Fluorosis:** anomalía originada por ingestión excesiva y prolongada de flúor. Rara vez las concentraciones elevadas de flúor en agua potable producen moteado y oyuelos en el esmalte de los dientes deciduos y permanentes en los niños que desarrollaron las piezas dentarias, mientras la madre ingería agua fluorada. La intoxicación crónica e intensa por flúor provoca osteosclerosis y otras anomalías óseas y articulares en los adultos<sup>20</sup>.

**Hipoplasia del esmalte:** formación incompleta o defectuosa de la matriz orgánica del esmalte del diente. Se conocen dos tipos básicos de hipoplasia del esmalte: uno hereditario y otro por factores del medio ambiente. La hipoplasia solo aparece si la lesión ocurre durante el desarrollo de los dientes, mas específicamente durante la etapa formativa del desarrollo del esmalte<sup>19</sup>.

**Amelogénesis imperfecta:** defectos hereditarios del esmalte no asociado con otro defecto generalizado, es una alteración básicamente ectodérmica ya que los componentes mesodérmicos de los dientes están normales<sup>19</sup>.

**Diente supernumerario:** puede semejarse estrechamente a los dientes del grupo al que pertenecen, es decir a los molares, premolares o dientes anteriores; quizá, parecerse un poco en el tamaño o en la forma a los dientes con los cuales está asociado. Se desarrollan a partir de un tercer germen dental que surge de la lámina cercana al germen dental permanente o posiblemente de la división de este<sup>19</sup>.

**Gingivitis:** es una inflamación que afecta a los tejidos blandos que rodean el diente, fundamentalmente la encía, sin extenderse al cemento, ligamento periodontal y hueso alveolar<sup>17</sup>.

**Periodontitis:** es la inflamación de los tejidos de soporte del diente, usualmente un cambio progresivamente destructivo, con pérdida de hueso y ligamento periodontal por extensión de inflamación desde la encía. Empieza como una gingivitis que progresa y si no se trata o el tratamiento es inapropiado, llega hasta periodontitis crónica destructiva<sup>17</sup>.

**Absceso:** invasión de bacterias orales en las caries dentales o cuando el desgaste dental es muy severo se expone la cavidad pulpar y se inflama produciendo pulpitis. Al existir una fuerte presión en el interior de la cámara pulpar, se disemina la inflamación; si continúa la inflamación, se puede producir un necrosamiento de la pulpa, se propaga la inflamación a través de los conductos radiculares hacia la región periapical<sup>21</sup>.

El absceso periodontal se desarrolla a partir de la necrosis pulpar, ya sea en forma directa o después de la formación de granulomas o quistes periapicales. Si no se trata la lesión se puede extender hacia el hueso adyacente produciendo osteomielitis<sup>21</sup>.

**Fístula:** vía anómala que discurre desde la región periodontal apical de un diente hasta la superficie de la membrana mucosa oral por la cual se exterioriza material inflamatorio o supurativo<sup>22</sup>.

**Recesión gingival:** consiste en la exposición de la superficie radicular por una disociación apical en la posición de la encía. Para comprender cual es su significado, es preciso discernir entre las posturas real y aparente de la encía. La posición real corresponde al nivel de la inserción epitelial en el diente, en tanto que la aparente es la altura de la cresta del margen gingival. La posición real de la encía no su posición aparente, determina la gravedad de la recesión<sup>23</sup>.

### 2.1.3 Índices utilizados en el diagnóstico de enfermedad bucodental

- **Índice de higiene bucal simplificado:** para determinar la presencia de detritus y tártaro, el índice de higiene bucal simplificado (IHB — S) recurre a los mismos criterios que se utilizan para el

índice de higiene bucal. La metodología difiere primordialmente en lo que respecta al número y tipo de superficies que se evalúan. En esta versión simplificada solo se adjudican puntajes a seis y no doce dientes, un diente de cada uno de los seis segmentos; además, únicamente se evalúa una superficie de cada diente. En cada uno de los cuatro segmentos posteriores se examina el primer diente erupcionado por completo hacia distal del segundo premolar, que generalmente, aunque no siempre, es el primer molar. Se adjudican puntajes a las superficies vestibulares de los molares superiores y a las superficies linguales de los inferiores. En los segmentos anteriores se consideran las superficies vestibulares de los incisivos central superior derecho y central inferior izquierdo. Se puede utilizar el incisivo central del lado opuesto si está ausente el diente por evaluar<sup>24</sup>.

Como el índice de detritus simplificado (ID — S) y el índice de tártaro simplificado (IT — S) se confeccionan ahora a base de la suma de 6 y no de 12 puntajes, cada uno con rango 0 — 3, y pese a ello se los sigue dividiendo por el número de segmentos, el puntaje máximo de los seis segmentos es  $18/6 = 3$  el IHB—S es la suma de los ID— S e IT—S y su rango es 0-6<sup>24</sup>.

- **Índice periodontal de las necesidades de tratamiento de la comunidad (CPITN)**. Permite establecer tanto para un individuo como para una comunidad, el estado de salud — enfermedad, y la necesidad de tratamiento y, de acuerdo con ello, determina los recursos humanos, materiales y económicos necesarios para su resolución<sup>24</sup>.

Criterios clínicos: el CPITN es una combinación entre la evaluación por presencia o ausencia de síntomas del diente y la determinación de las necesidades de tratamiento. Para el diagnóstico del estado de salud gingivo — periodontal se divide la dentición en 6 sextantes. El examen utiliza criterios clínicos básicos de salud y enfermedad y necesidades de tratamiento<sup>24</sup>.

Técnica y cuantificación de registro: este método resultó ser rápido y confiable. Determina la necesidad de tratamiento tanto como la extensión y complejidad del mismo. Para facilitar el examen se diseñó una sonda codificada con punta esférica de 0,5 mm, que evidencia la presencia de cálculos y reduce el riesgo de exagerar la medida de la profundidad de la bolsa<sup>24</sup>.

La zona coloreada corresponde al espacio entre 3,5 y 5,5 mm. La evaluación del estado periodontal y la necesidad de tratamiento se determina por la presencia de: hemorragia gingival, cálculos y obturaciones desbordantes o ambas y bolsas patológicas<sup>24</sup>.

Tabla 1. Índice periodontal de las necesidades de tratamiento de la comunidad (CPITN)

Código	Diagnóstico	Tratamiento
0	No sangra al sondaje	Sin necesidad. Educación para la salud.
1	Sangra al sondaje en 1 o 2 dientes	Instrucciones para el control de la placa
2	Bolsa < 3 mm (zona codificada de la sonda visible). Presencia de placa y cálculos supragingivales.	Raspaje y alisado (incluye pulido de obturaciones desbordantes). Control de placa
3	Bolsa entre 4 y 5 mm (zona codificada de la sonda parcialmente visible). Presencia de placa y cálculos sugingivales.	Raspaje y control de placa similar al código 2.
4	Bolsa < 6 mm (no es visible la zona codificada de la sonda)	Raspaje y curetaje o intervención quirúrgica. Control de placa.

Fuente: MINISTERIO DE SALUD. Estudio Nacional de Salud Bucal – ENSAB III. Tomo VII. Estudio Nacional de Salud bucal. 1999

Dientes a examinar en adultos mayores de 20 años.

17-14	13-23	24-27
44-47	43-33	34-37

Los terceros molares solo se consideran cuando reemplazan la función del 2° molar. El sextante con un solo diente se registra como faltante, este diente se incluye en el sector adyacente. No se incluyen los dientes con extracción indicada<sup>24</sup>.

Dientes a examinar entre jóvenes de 7 — 19 años.

16-55	11-51	26-65
46-85	31-71	36-75

Para estos jóvenes se recomienda sólo la medida de los seis dientes, debido a la presencia de bolsas falsas por la erupción dentaria. Para el registro se selecciona el código que corresponde al diente más afectado del sextante. Esto se debe a que siempre el código máximo Incluye los tratamientos correspondientes a los dientes menos afectados<sup>24</sup>.

### - Índice de caridos, obturados y perdidos (COP)<sup>24</sup>

Indicadores epidemiológicos para la caries dental: los indicadores que permiten evaluar la salud bucal de una población en relación con la caries dental son diversos, el más utilizado internacionalmente para la comparación de los países es el índice CPO-D (sumatoria de dientes caridos, perdidos y obturados en la dentición permanente, entre el total de personas examinadas) a la edad de 12 años.

Este índice fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown, Maryland, EUA, en 1935. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la Caries Dental. Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados.

Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes Cariados, Perdidos y Obturados, incluidas las Extracciones Indicadas, entre el total de individuos examinados, por lo cual es un Promedio. Se consideran sólo 28 dientes.

Para su mejor análisis e interpretación se debe descomponer en cada una de sus partes y expresarse en por ciento o promedio de las mismas. Esto es muy importante al comparar poblaciones.

Se debe obtener por edades, las recomendadas por la OMS son, 5-6, 12, 15, 18, 35-44, 60-74 años. El índice CPO-D a los 12 años es el usado para comparar el estado de salud bucal de los países<sup>24</sup>.

## 2.2. HISTORIA DE LA ODONTOLOGÍA

**2.2.1 En América.** A través de los tiempos, la profesión odontológica como tal, se ha visto influenciada por diferentes personalidades en cada una de sus ramas, siendo estos contribuyentes a la evolución de este oficio con grandes descubrimientos, que en la actualidad, hacen de la odontología una ciencia de investigación continua y diario aprendizaje<sup>25</sup>.

Hubo grandes personalidades reconocidas por los aportes que hicieron a la odontología con sus descubrimientos, como:

Willoughby D. Miller quien abrió la brecha con su trabajo sobre la microbiología de la boca, al observar que los dientes se estropeaban, y el objetivo del dentista era repararlos. La odontología preventiva fue imposible hasta que no se tuvo un conocimiento básico de la naturaleza de las enfermedades<sup>25</sup>.

El trabajo de Miller culminó con la publicación de un trabajo muy importante “microorganismos de la boca humana”, en 1890<sup>25</sup>.

Otro gran colaborador con la odontología por sus grandes descubrimientos, fue Greene Vardiman Black, se dice que fue el que introdujo realmente la odontología al mundo moderno y quien le dio la sólida y científica base que hoy en día posee<sup>25</sup>.

Nació en el condado de Scott, Illinois, en 1836. Dos de sus grandes contribuciones fueron el principio de “extensión preventiva”, llevando los márgenes de las obturaciones a un punto donde pueden ser alcanzados fácilmente con el cepillo de dientes, y la unificación de reglas para la preparación de cavidades<sup>25</sup>.

Black murió el 31 de agosto de 1915, enseñando que la tarea del odontólogo era preventiva mas que conservadora y afirmó: “cuando entendamos la etiología y la patología de la caries dental podremos combatir sus destructivos efectos mediante una medicación sistemática.”<sup>25</sup>

Hacia 1900, la profesión de dentista estaba muy bien establecida y era respetada tanto en Europa como en Estados Unidos. Los sistemas básicos de enseñanza y práctica funcionaban sin problemas y las organizaciones odontológicas florecían en todas partes<sup>25</sup>.

El crédito para elevar la profesión de higienista dental a la importante posición que hoy ocupa, se le debe al Dr. Alfred Cialion Fones (1869-1938) de Bridgeport, Connecticut. En 1905 enseñó a su ayudante a realizar trabajos profilácticos para los niños en su consultorio, y así ésta se convirtió en la primera higienista dental del mundo<sup>25</sup>.

Los dentistas habían reconocido ya en 1874 que el flúor tiene un efecto preventivo en el desarrollo de la caries dental<sup>25</sup>.

Fue el Dr. H. Trendley Dean quien desarrolló el índice de DMF de dientes cariados ausentes y obturados<sup>25</sup>.

La anestesia local había suplantado casi completamente a la general en los consultorios dentales, hacia el final de la primera década del siglo XX. El desarrollo de la avocaina por el químico alemán Alfred Einhom en 1904, revolucionó el ejercicio odontológico, eliminando el dolor de la mayor parte de los procedimientos odontológicos<sup>25</sup>.

**2.2.2 En Colombia.** El Decreto 509 de 1905 reglamentó por primera vez el ejercicio de la odontología en Colombia, hace ya 91 años. El Decreto 731 de 1905 fijó pautas para ejercer la odontología a los no graduados y facultó al Colegio Dental de Bogotá para expedir títulos<sup>26</sup>.

Se tiene la ley 83 de 1914; en los artículos 14, 15 y 16 relacionados a la odontología y dice que para ejercer la odontología se requería diploma de una institución aprobada por el Ministerio de Instrucción Pública, que permitía el ejercicio a quienes estuvieran ejerciendo 5 años antes y estos podían realizar extracciones de dientes y aplicación de aparatos protésicos en caucho. Fundamentalmente esas eran las actividades que podían desarrollar<sup>26</sup>.

Luego se crea la Junta Central de Títulos Odontológicos, que funcionó mediante el decreto 361 de 1931<sup>26</sup>.

Posteriormente, en 1935 el Decreto 1891 ordena que la Junta Central posterior de títulos profesionales funcione en la Escuela Nacional de Odontología, siendo esta la primera escuela ya universitaria que funcionó anexa a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, que fue cedida y se conoce ahora como Federación Odontológica Colombiana que tenía derecho en la Escuela Dental de Bogotá<sup>26</sup>.

En la ley 35 de 1938 el artículo 9º, permitía el funcionamiento de laboratorios de prótesis bajo la supervisión de odontólogos titulados<sup>26</sup>.

Hoy en día la ley 10 de 1962 dicta normas relativas al ejercicio de la odontología<sup>26</sup>.

### **2.3 SITUACIÓN BUCODENTAL COLOMBIANA**

La literatura sobre epidemiología oral en Colombia encierra estudios como la Investigación Nacional de Morbilidad 1965 y el Estudio Nacional de Salud 1977-1980, ambos proyectados, realizados y publicados por el Ministerio de Salud e Institución Nacional de Salud, con colaboración de ASCOFAME en los que se observa que por el aumento de personas con historia de caries y enfermedad periodontal, la OMS clasificó a Colombia con uno de los mayores índices de caries a nivel mundial. Sus resultados muestran que las representaciones, conocimientos y prácticas de salud bucal han sido afectados positivamente por las campañas de promoción y prevención conllevando a la disminución de la morbilidad bucal<sup>8</sup>.

En ambos estudios, se tuvo en cuenta la población colombiana poliétnica con exclusión de la que habita en territorios apartados, por no ser estadísticamente significativa y por los altos costos que significaba el transporte de unidades de investigación por regiones donde ni siquiera existen carreteras. Esta situación produjo como consecuencia, que ninguna comunidad indígena o negra fuera estudiada específicamente. Es más, la modalidad de los dos estudios no involucra ninguna población específica, con excepción de Bogotá, pues el país se dividió en cinco regiones: Atlántica, Bogotá, Central, Occidental o Pacífica, Oriental; por sexo, grupos de edad, educación, ingresos y lugar, lo cual impide que se conozca la situación concreta de un municipio, vereda, grupo étnico, población institucional<sup>9</sup>.

Colombia, con los estudios realizados, se convierte en uno de los pocos países del mundo en tener información de sus condiciones de salud, en este caso, de las bucodentales. Parece ser que el Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud y ASCOFAME no disponen de recursos financieros para realizar estos estudios con frecuencia, y por ese motivo, es necesario que las entidades de tipo académico y científico, también los investigadores particulares, contribuyan con el país en la realización de estudios en grandes y pequeñas comunidades y grupos étnicos<sup>9</sup>.

Se han revisado todos los números editados en el Boletín de la OPS, OMS, desde 1984 hasta 1991, y en ninguno de ellos se ha publicado un artículo con estudios epidemiológicos de las condiciones bucodentales en comunidades prehispánicas indígenas y negras contemporáneas<sup>9</sup>.

Siendo necesario este tipo de estudios, en marzo del año 2003, se presentaron los resultados acerca de las condiciones bucodentales en restos arqueológicos de seis comunidades prehispánicas de Colombia, encontrados por arqueólogos y antropólogos desde 1988 hasta el momento, donde se examinaron clínicamente 239 cráneos que tienen de 500 hasta 5000 años de antigüedad, donde se encontró baja prevalencia de caries, por el contrario se encontró que entre los problemas que más afectaban a la población estaban la atrición, el apiñamiento y las maloclusiones dentales. Esto sirve de base para establecer el proceso evolutivo biológico del

hombre prehispánico y así determinar el proceso evolutivo de las enfermedades bucodentales en Colombia hasta la fecha<sup>12</sup>.

El proceso de especialización de la odontología debe ser favorable para el país, sus comunidades y la profesión, pues ello conlleva un notable aumento en la investigación, tanto en cantidad como en calidad, lo que a su vez generará un avance tecnológico importante. Lo ideal sería que esa investigación apuntara a resolver los problemas bucodentales de la población colombiana, con programas y servicios de mayor cobertura-beneficio, menor tiempo y costo<sup>12</sup>.

**2.3.1 Epidemiología de la caries.** Aunque es difícil obtener un perfil de salud bucal mundial debido a la variabilidad de los factores que influyen sobre él, a la variedad de diseños y métodos utilizados en los estudios existentes que hacen poco comparables los resultados y a la falta de sistemas de registro de información, la OMS con los datos epidemiológicos sobre caries dental y periodontopatías, ha revelado grandes diferencias en cuanto a estas enfermedades en diversas partes del mundo. La información confirma la presencia de dos tendencias principales en el estado de salud buco dental: su deterioro en la mayoría de los países en desarrollo y mejoría en los países industrializados<sup>8</sup>.

En los países en desarrollo existe alta prevalencia de periodontopatías y caries dental. En los países industrializados ha reducido la caries y las enfermedades periodontales están disminuyendo a niveles moderados e incluso bajos<sup>8</sup>.

En 1969 el panorama mundial presentaba marcadas diferencias: el índice COP era muy alto en los países industrializados mientras que generalmente era muy bajo y ocasionalmente intermedio en los países en desarrollo. Sin embargo esta tendencia se ha invertido en las décadas siguientes<sup>8</sup>.

En los países en desarrollo la caries dental no estaba tan difundida como en los países industrializados pero en aquellos donde se adoptaron medidas de prevención eficaces existe la amenaza del aumento de caries vinculado a los cambios en la alimentación y en la forma de vida<sup>8</sup>.

Aunque no se dispone de datos más específicos que permitan caracterizar la situación de salud oral, si es posible establecer que la alta prevalencia de las patologías bucales se mantienen en la mayoría de los países, de tal manera que la detección de las enfermedades y el mejoramiento de la salud oral de la población se convierten en metas de los programas generales de salud<sup>8</sup>.

Según la Organización Panamericana de la Salud, en los países latinoamericanos la alta prevalencia se encuentra asociada a factores como el crecimiento demográfico, las condiciones económicas y sociales críticas que definen estilos de vida y que afectan a la población, entre otros, la tendencia a aumentar la ingesta de hidratos de carbono<sup>8</sup>.

En el caso de Colombia el Estudio Nacional de Salud de 1977-80 reportó una extensión de caries (mayor número de personas con caries activa) a expensas del grupo de 5 a 14 años comparado con los datos observados en la Investigación Nacional de Morbilidad oral en 1965 – 66<sup>8</sup>.

Sin embargo se observó reducción en el índice COP en el estudio del 77 – 80 frente al del 65 – 66, en las diferentes edades al parecer debido a las medidas de prevención en salud oral desarrolladas con posterioridad al primer estudio<sup>8</sup>.

El COP a los 12 años clasificó a Colombia con un índice muy alto en 1965 y 1966 y alto en el 77 – 80, reducción que distaba mucho de alcanzar la meta planteada por la OMS, situación que se presentaba en otros países latinoamericanos<sup>8</sup>.

Por otro lado, el aumento de dientes obturados con relación al total del índice COP-D que pasó de 76.7% de 1965 a 1966 a 11% en el último estudio de 1977 – 80, muestra una mejoría en el acceso de la población al servicio asistencial<sup>8</sup>.

**2.3.2 Epidemiología de la enfermedad periodontal.** En la evaluación periodontal se han empleado diversos tipos de indicadores de enfermedad sin embargo la OMS y la FDI recomiendan el uso del Índice Periodontal Comunitario de Necesidades de Tratamiento (CPITN) por aceptación internacional<sup>8</sup>.

La utilización de este índice ha permitido la aceptación por parte de la comunidad internacional de algunas conclusiones como: las periodontopatías graves, es decir las que requieren intervenciones quirúrgicas no son comunes. Existe diferencia entre países industrializados y en desarrollo en cuanto a la frecuencia de formas graves de periodontopatías<sup>8</sup>.

La diferencia se sitúa en las etapas iniciales de la enfermedad periodontal (sangrado y presencia de cálculo) con una prevalencia cada vez más alta en los países en desarrollo y un suave descenso en los países industrializados<sup>8</sup>.

En Colombia, en los estudios realizados en 1965 – 66 y 77 -80 se utilizó el índice de Rusell, observándose cambios en la prevalencia y severidad de las periodontopatías, debido principalmente al aumento en la proporción de personas de 5 y 19 años afectados por la enfermedad<sup>8</sup>.

En relación con el índice periodontal, este se redujo en 26.7%, lo que evidenció la reducción de la severidad de la enfermedad periodontal en el país<sup>8</sup>.

Se debe tener en cuenta que estos datos no son comparables con la información disponible en el banco de datos de la OMS, debido a la utilización de índices periodontales diferentes<sup>8</sup>.

**2.3.3 Epidemiología de la oclusión y de la mucosa oral.** Respecto a las alteraciones de la mucosa oral y de la oclusión se han encontrado prevalencias bajas similares a los hallazgos de otros estudios realizados en el mundo<sup>8</sup>.

Todos estos antecedentes han llevado a la realización de programas de promoción y prevención de diversa índole, enfocados principalmente a la disminución de las dos patologías más prevalentes en el país<sup>8</sup>.

## **2.4. MUNICIPIO DE SIBUNDOY**

**2.4.1 Historia de Sibundoy.** Hay indicios de que toda la parte plana de Sibundoy, fue en tiempos prehistóricos una inmensa laguna, de gran parecido a la de la Cocha. El origen de la comunidad Camentsä, principales habitantes de Sibundoy, es totalmente ignorado<sup>27</sup>.

Su lengua es la Camentsä que no tiene parentesco con ninguna conocida. Un primitivo "imperio" Camentsä organizado en el Valle del Sibundoy, no pasa de ser un mero sueño fantástico, pues no existe monumento ni tradición escrita u oral que lo avale<sup>27</sup>.

La primera noticia histórica sobre Sibundoy data del 15 de febrero de 1535, fecha en que entraron al Valle Juan de Ampudia y Pedro de Añasco, tenientes de Sebastián de Belalcázar<sup>27</sup>.

Siete años después, fue la segunda entrada de españoles al Valle, comandada por los capitanes Pedro Molina, Alonso del Valle y Hernando de Cepeda, provenientes de Pasto<sup>27</sup>.

Al estar estos últimos en el Valle del Sibundoy en enero de 1543, fue cuando Hernán Pérez de Quesada arribó al mismo, después de un año de un descabellado viaje iniciado en Santafé en busca del Dorado<sup>27</sup>.

Al núcleo mayor de habitaciones a donde habían llegado los conquistadores, lo llamaban los naturales Tabanoy (que en Camentsä significa "pueblo grande"). Los nuevos dueños rebautizaron el sitio con el nombre de San Pablo de Sibundoy<sup>27</sup>.

Luego llegó un régimen de Encomienda, liderado por Rodrigo Pérez de Guzmán (El bueno), este régimen duró hasta la Independencia<sup>27</sup>.

Después vino el tiempo de la evangelización donde los primeros misioneros fueron los franciscanos Pedro de Rodríguez, y Gaspar Valverde Cerón, entrados en 1547, pero no permanecieron mucho tiempo. Once años después, los frailes franciscanos se radicaron de manera estable en San Pablo de Sibundoy como curas doctrineros<sup>27</sup>.

Ya en el siglo XIX, la Independencia trajo para Sibundoy la liberación total de los tributos creados por la encomienda. Se consolidó entonces el régimen tradicional de gobernador indígena y cabildo, únicas autoridades que en verdad rigen la vida social en pueblos netamente indígenas, aún hoy en día<sup>27</sup>.

El padre Estanislao de Las Cortes hizo un nuevo trazado de calles, rectas y anchas, el 11 de octubre de 1906, que se puede considerar como la fundación del moderno Sibundoy<sup>27</sup>.

Todavía hasta la mitad del siglo XX, Sibundoy permaneció netamente indígena en sus viviendas, habitaciones y costumbres. Pero el hecho de ser centro de gobierno eclesiástico y de la administración educativa, lo fue transformando en una pequeña ciudad y la población blanca fue desplazando a los nativos hacia los campos<sup>27</sup>.

Sibundoy fue corregimiento intendencial durante mucho tiempo. Fue erigido en municipio autónomo por decreto 1871 de julio de 1982, pero entró en la vida administrativa en 1983; son varios los problemas que han vivido los indígenas desde entonces, han tenido que defender su presencia y posición sobre la tierra<sup>27</sup>.

**2.4.2 Localización.** El departamento del Putumayo ubicado al sur oriente de Colombia, está conformado por tres subregiones caracterizadas por su morfología, son ellas: la zona andina, el piedemonte y la llanura amazónica. Dentro de la primera se halla el valle de Sibundoy, ubicado al noroccidente del departamento, que dista de Mocoa, la capital, 84km; posee una extensión de 526km, de éstos 8500 hectáreas son planas y 44100 de ladera; hace parte de dicho valle el municipio de Sibundoy. Ubicado a 67km al oriente de Pasto, tiene una extensión de 9000 hectáreas<sup>4</sup>.

**2.4.3 Límites.** El municipio de Sibundoy limita al norte con la montaña Cascabel, al sur y al oriente con el municipio de San Francisco, y al occidente con el municipio de Colón y el departamento de Nariño, y al sur con el municipio de Santiago y San Francisco<sup>4</sup>.

Está ubicado entre los municipios de Colón y San Francisco, desde el nacimiento del río San Pedro aguas abajo, hasta encontrarse con el río Putumayo, éste aguas arriba hasta la confluencia con el río San Francisco, éste aguas arriba hasta su nacimiento en los límites del departamento de Putumayo y Nariño sigue este límite hasta encontrar su punto de partida, el río Putumayo<sup>4</sup>.

**2.4.4 Relieve.** Orográficamente, el municipio de Sibundoy hace parte del macizo Colombiano, que se encuentra ubicado en la región andina, representada en dos zonas bien diferenciadas, la mayor proporción corresponde a la zona montañosa, caracterizada por presentar pendientes moderadas

del 35% y zonas totalmente planas con pendientes no mayores a 0.5%, que hace parte del conocido Valle de Sibundoy. De estas zonas la de mayor área está representada en la zona de montaña con alto grado de deforestación con el objetivo de ampliar la frontera agrícola, sigue la zona plana de especial atención por la fragilidad de sus suelos y por su comportamiento de desarrollo progresivo<sup>4</sup>. (Ver Anexo A Figuras 1 y 2)

**2.4.5 Clima.** Sibundoy está considerado a nivel nacional e internacional como una región con un "micro clima" privilegiado para el desarrollo agrícola y del turismo ecológicos<sup>28</sup>.

El municipio se encuentra a una altura de 2100 mts sobre el nivel del mar, su temperatura promedio es de 16°C. El comportamiento climático es del 50% de lluvias totales durante los meses de mayo a agosto, el resto está distribuido en porcentajes menores entre los periodos comprendidos entre enero a abril y septiembre a diciembre, el periodo más seco corresponde a los meses de noviembre a febrero<sup>5</sup>.

Sucede en todo el Putumayo el fenómeno llamado friaje en los meses de julio y agosto a consecuencia de las heladas del Brasil (INAT)<sup>4</sup>.

**2.4.6 Hidrografía.** Posee importantes afluentes de agua, con el municipio de Colón el río San Pedro, con el municipio de San Francisco el río que lleva su nombre. Internamente cuenta con la quebrada hidráulica que es la fuente proveedora del acueducto urbano, la quebrada Lava pies, y la quebrada Eschenajoy o El Cedro, que son afluentes del río San Pedro y el cauce viejo del río Putumayo<sup>5</sup>.

**2.4.7 Caracterización demográfica.** En el municipio de Sibundoy conviven indígenas nativos de la etnia Camentsa, mestizos y colonos constituyéndose en una población heterogénea. La población actual de acuerdo con las estadísticas presentadas por el DANE en 1999, asciende a 12007 habitantes de los cuales el 65% habitan en la zona urbana y el 35% en la zona rural que está conformada por colonos e indígenas, de los cuales el 25% pertenecen a la comunidad Camentsa la cual se ha caracterizado por ser un pueblo agricultor aunque también se ocupan de la ganadería y de la cría de especies domésticas; en sus chagras son comunes los cultivos de maíz, cuna, barbacuano, frijol, lulo, como también algunas clases de plantas curativas y medicinales como manzanilla, paico, menta, hierbabuena, cidrón y otras empleadas en la práctica de la medicina natural. Los asentamientos de mestizos se dieron en esta región por las migraciones de grupos de diferentes lugares que se desplazan por razones como: la búsqueda de mejores condiciones de vida, búsqueda de tierras, de seguridad, de educación y vivienda, así al municipio han llegado grupos provenientes del departamento de Nariño (Pasto, Sadoná, Túquerres, Ancuya, la Florida, Ipiales) y actualmente del bajo Putumayo, especialmente de Villa Garzón, puerto Asís, Orito, La Hormiga, quienes han salido por factores de violencia, narcotráfico, narcoguerrilla, paramilitares, delincuencia común y otros. Estas migraciones han contribuido al crecimiento demográfico de Sibundoy, como también a profundas transformaciones en el orden económico, social y cultural<sup>4,5</sup>.

La población económicamente activa representa la mayoría entre hombres y mujeres, seguidos de población cuyas edades oscilan entre 5 y 14 años, foco promisorio para el desarrollo del municipio<sup>15</sup>. (Ver Anexo A Figura 3)

**2.4.8 Desarrollo y proyección económica.** La actividad del municipio desde tiempos remotos hasta la fecha, ha sido y sigue siendo agropecuario, la industria se desarrolla a nivel de artesanía, el comercio de producto misceláneos se hace en la cabecera municipal y los agropecuarios se venden en el municipio, el Valle de Sibundoy, otras regiones como el bajo Putumayo, Pasto, departamentos de Cauca y Valle<sup>4</sup>.

La economía de la región se fundamenta en la extracción de productos agrícolas tradicionales, mencionados anteriormente.

La mayoría de los habitantes derivan su sustento de actividades a través de las cuales escasamente consiguen satisfacer los requerimientos mínimos de sus familias y muy pocos están en capacidad de ahorrar debido a sus bajos ingresos<sup>4</sup>.

En general se puede afirmar que sólo las personas que se logran vincular a las diferentes instituciones públicas o privadas, devengan salarios por encima del mínimo oficial y aquellas familias que se ocupan en la ganadería y agricultura extensivas, igualmente los comerciantes mayoristas y medianos obtienen ingresos superiores al salario mínimo, pero los ingresos de la gran mayoría de la población no alcanzan a igualar este salario<sup>4</sup>.

**2.4.9 Problemas.** Carencia de fuentes de empleo, no se tiene desarrollo industrial, agricultura y ganadería sin tecnología<sup>4</sup>.

**2.4.10 Salud.** Por tener la región asentamiento indígena, tradicionalmente han realizado diagnósticos y curaciones en salud con la intervención Curacas y la utilización de remedios naturales como el yagé. Esto hace que se intensifique la búsqueda y fortalecimiento en salud y la medicina tradicional del pueblo indígena Camentsa<sup>4</sup>.

En la actualidad, se dispone de un centro de salud de atención básica con personal profesional de médico y odontólogo, higienista oral, técnico en saneamiento básico, enfermeras y promotores de salud rurales<sup>4</sup>.

La atención de la salud está prestada a través de empresas COOPSOSAFA, SELVASALUD, UNIMAP, PROSALUD, Seguro Social y el Centro de Salud, COOMEVA, a través del hospital Pío XII de Colón. De acuerdo con estudios realizados por la coordinación municipal de salud de Sibundoy, DASALUD Putumayo, se concluye que las enfermedades más comunes registradas en el centro de salud existente en el municipio están en su orden: enfermedades de los dientes, infecciones respiratorias en niños menores de 5 años, especialmente diarrea, desnutrición, enfermedades genitales, gastroenteritis, enfermedades de la piel, gastritis, duodenitis y traumatismos<sup>4</sup>.

Por otro lado, se ha investigado que el actual plan de desarrollo del señor alcalde Mauricio Guerrero, durante el periodo 2000-2003, hay un déficit de prestación de servicios en salud y se ha observado una problemática que incluye:<sup>4</sup>

1. Mínimo desarrollo del sistema local de seguridad social en salud.
2. Inadecuada identificación de beneficiarios del régimen subsidiado de salud a través del SISBEN.
3. Inexistencia del plan local de salud municipal.
4. Baja cobertura de afiliación al régimen de salud subsidiado.
5. Inexistencia de programas de la salud y prevención de la enfermedad, acordes con las condiciones socioculturales de las comunidades indígenas y no indígenas del municipio.
6. Deficiente calidad y falta de oportunidad en la prestación de servicios en salud.
7. Infraestructura para la prestación del servicio de salud obsoleta.
8. Desconocimiento del sistema de salud tradicional<sup>5</sup>.

Teniendo en cuenta los resultados de la investigación publicada por DASALUD Putumayo en el 2001 (ver Anexo B), se observa que la enfermedad de mayor prevalencia en la comunidad es la de los dientes y sus estructuras de sostén, con datos de los años 1997 a 1999, que muestran un ascenso en los casos, así:

1997 = 721 casos  
1998 = 2082 casos  
1999 = 4342 casos<sup>28</sup>

Se llegó a la conclusión, que el desarrollo de este proyecto de investigación puede hacer parte del descenso en el número de casos en enfermedades dentales, enfocándose a dar base para la solución del problema planteado en el numeral 5 del plan de desarrollo<sup>28</sup>.

De otro lado, existe un documento elaborado internamente por la comunidad Camentsa, que plantea como principal problema en salud, específicamente en esta comunidad, la deficiente promoción y prevención de la salud integral por parte de los entes responsables, lo cual ratifica la conclusión dada anteriormente<sup>29</sup>.

Este es un problema muy común, actualmente como lo muestra un estudio sobre la comunidad Ticuna "arara", Amazonas, la cual es similar con respecto a la comunidad Camentsa, en cuanto a sus hábitos nutricionales, que están basados en sus técnicas de cultivo como la chagra, donde cultivan yuca, plátano, frutos y plantas medicinales<sup>10</sup>.

Aquí se encuentra un gran interés de la comunidad hacia la salud oral, pero también se observa poco compromiso social del estado y su gobierno, los odontólogos y la odontología institucional con la comunidad Ticuna, y la gente que busca solución a sus problemas dentales lo hace por sus propios medios<sup>10</sup>.

En un estudio epidemiológico realizado sobre la atención odontológica primaria de urgencias en la comuna de las Condes, se determinó que la mayor parte de la población que consultó, lo hizo por caries o por enfermedades periodontales, las cuales poseen una alta prevalencia, comprometiendo así la calidad de vida de las personas<sup>30</sup>.

**2.4.11 Educación.** Existen instituciones rurales y urbanas que atienden al niño y al joven en todo proceso educativo así:

La niñez en sus primeros años es atendida por los hogares infantiles comunitarios, hogares sustitutos, I.C.B.F, manitas creativas, en el casco urbano; la niñez de los campos es atendida por el hogar infantil Baseteming y hogares sustitutos. La etapa de preescolar y primaria es atendida por la escuela Champagnat, Anexa la Normal, Escuela Seminario, Escuela Fray Bartolomé, Escuela Pablo VI en el casco urbano<sup>4</sup>.

Escuela bilingüe Las Cochas, escuela Juan XXIII, Escuela Tamabioy, Escuela San Félix, Escuela Llano grande, Escuela Leandro Agreda, que atienden a la población rural de Sibundoy. Al nivel de secundaria, existen instituciones educativas con diferente proyección que le brindan al joven estudiante la posibilidad de escoger aquellas que más se ajusten a sus necesidades y transferencias como la Normal Superior de Putumayo, el Colegio Champagnat diurno y nocturno, el Colegio Seminario, el Colegio Fray Bartolomé de Igualada y el Colegio Bilingüe Artesanal Camentsa que busca conservar costumbres y tradiciones autóctonas<sup>4</sup>.

En la educación superior en Sibundoy se han vinculado varias universidades que han cualificado a maestros y bachilleres, brindándoles nuevas perspectivas, en el caso de la Universidad Mariana de Pasto, la Santo Tomás, Universidad de Nariño, y la Javeriana, el Instituto Juan de Castellanos de Tunja, la ESAP el Instituto Tecnológico del Putumayo (según datos de la Secretaría de Educación Municipal el total de la población estudiantil es de cuatro mil quinientos cuarenta y seis (4.546) estudiantes)<sup>4</sup>.

**2.4.12 Cultura.** En este aspecto Sibundoy es considerada la ciudad cultural por excelencia y realiza eventos a nivel local, regional y departamental como festivales del teatro y de la canción<sup>4</sup>. Las manifestaciones culturales de Sibundoy reflejan un enriquecimiento mutuo con las culturas presentes, indígenas Camentsa y colonos. La cultura indígena Camentsa se considera única en el mundo especialmente por su lengua nativa. La expresión cultural propia de esta comunidad es el carnaval que se constituye en una fiesta interestacional agrícola, donde necesariamente deben

estar presentes la chicha o bocoy, los huevos y la carne, son indispensables en todo acto ceremonial. La cantidad de estos alimentos que el dueño de casa ofrezca son símbolos que definen posesión económica, estatus y prestigio<sup>5</sup>. (Ver Anexo C Figuras 4 y 5)

El cultivo de plantas medicinales y mágicas es un saber especializado y sólo lo pueden ejecutar los hombres. La chagra del chamán puede considerarse como un mundo crítico, como también las fuerzas que animan. De esta manera las chagras tienen “guardianes” y estos pueden ser fuerzas como lo han sido el trueno y el rayo. La cultura indígena Camentsa aporta un milenario saber de protección ecológica en el cultivo de la chagra tradicional donde cultivan diferentes especies como col, maíz, frijol, calabaza, arracacha, tumaqueño, caña. La siembra se realiza y la mujer es considerada una labor profana<sup>5</sup>.

Los Camentsa después de una crisis de identidad cultural, se han organizado para recuperar su idioma, sus valores propios y sus costumbres, es de destacar la creación de la guardería para niños indígenas “Basetemingbeybna”, la Escuela bilingüe las Cochas, el Colegio Artesanal Bilingüe y el Centro Artesanal Tamabioy<sup>5</sup>. (Ver Anexo C Figuras 6 y 7)

La colonización del municipio de Sibundoy es de predominio nariñense en un gran porcentaje, debido a ello las costumbres son similares a las de Nariño, por ejemplo, la celebraciones de los carnavales de blancos y negros, comidas tradicionales, entre otros<sup>5</sup>.

En el municipio existe la Casa de la Cultura, cuyo sostenimiento depende de los recursos de inversión provenientes de la ley 80 de 1993 y de recursos propios del municipio en mínima parte. Cuenta con biblioteca pública con 12.000 de libros y otros materiales que sirven para la prestación del servicio de consulta e investigación de la comunidad<sup>4</sup>.

**2.4.13 Recreación y deporte.** En el área urbana existe una cancha de fútbol, cuatro polideportivos ubicados en los barrios del municipio y canchas múltiples en los establecimientos educativos que son utilizadas únicamente por estudiantes. Además hay dos parques infantiles, eso indica que hay carencia de espacios deportivos para la práctica de deportes y utilización del tiempo libre de la comunidad, aunque se desarrollan diversas actividades deportivas y recreativas, como campeonatos de fútbol, microfútbol, baloncesto, chaza, maratón de atletismo y tejo. Las instituciones educativas durante todo el año escolar organizan grupos de danzas, coros, porrismo, baloncesto y fútbol<sup>4</sup>.

Es importante destacar que la comunidad indígena realiza sus eventos deportivos y recreativos en las veredas donde habitan, con la participación de niños, jóvenes y adultos<sup>4</sup>.

**2.4.14 Transporte.** El municipio cuenta con una red vial favorable en la zona plana (Valle de Sibundoy), carreteras que se comunican entre sí, las cuales han sido construidas y conservadas por el INCORA, INAT<sup>5</sup>.

De los 16.000 metros de vías urbanas, se han pavimentado 1.800 metros, los cuales ofrecen una buena presentación al ornato de la población<sup>5</sup>.

Hay además el servicio de transporte intermunicipal e interveredal, facilitando así la comercialización de productos agrícolas y ganaderos, como también la visita de la población a otros municipios y veredas<sup>5</sup>.

**2.4.15 Comunicaciones.** La empresa Telecom tiene planta física propia, con cuatrocientos noventa y dos (492) suscriptores de servicio telefónico y un equipo instalado con capacidad de ampliar la cobertura a dos mil (2000) usuarios.

Sibundoy cuenta con quince (15) canales de televisión y con dos (2) emisoras<sup>5</sup>.

## 2.5. COMUNIDAD INDÍGENA CAMENTSÁ BIYA

**2.5.1 La tierra.** Los indígenas han tomado la tierra simbólicamente como la madre, de ella depende su existencia natural y guardan a ella el respeto sagrado, por ser parte de la naturaleza y a la vez maestra del mismo hombre<sup>28</sup>.

La característica principal de la comunidad es sin duda alguna el sentido de apego a la tierra, de ahí que los mayores han creado diversas formas de trabajo, pero cuidando siempre el bien común y la ayuda mutua<sup>17</sup>.

La evolución y sostenimiento a través del tiempo de un grupo humano, se liga directamente al uso y manejo dado al territorio del que forma parte. (Ver Anexo C Figura 8)

El concepto de chagra puede homologarse al término agroecosistema, entendiéndose este como "Un ecosistema artificial ocasionado por la intervención del hombre, que busca una mayor producción neta, como por ejemplo un campo de cultivo o una unidad agrícola, entre otros" Sin embargo, las definiciones dadas a estas formas de cultivo no abarcan a cabalidad lo que la chagra significa para los Camentsá, pues ésta contiene un sentido cultural más profundo que la simple producción de alimento para subsistencia<sup>31</sup>.

El jajañ o chagra tradicional incluye el espacio físico y la dinámica propia de dicho sistema. Además, en la chagra "están presentes y vigilantes el pensamiento, el respiro y el ánimo de nuestros mayores", convirtiéndose así en un legado que solidifica la identidad del grupo. "En la chagra Camentsá está todo: la educación, la salud; forma parte del conocimiento, de la arquitectura, de la economía, de todo los elementos que le permiten a un pueblo vivir y organizarse". La chagra se convierte entonces en una herramienta de unión comunitaria pues es allí donde las familias aprenden a trabajar la tierra con la cooperación de sus miembros: "El jajañ es una forma de aprendizaje a través del trabajo". Es sumamente complejo intentar traducir en un lenguaje científico el funcionamiento, la dinámica y el sentido que tiene la chagra Camentsá, puesto que ésta no es netamente el espacio de siembra, sino que involucra varios elementos, como son la vivienda, la cocina, animales de cría (cuyes, cerdos, ganado), relictos de bosque, cercas vivas y sobre todo, el grupo familiar. Lo anterior se aclaró gracias a una conversación personal con el miembro de la comunidad Carlos Jamioy, en su vivienda de la vereda San Félix, el 31 de enero del presente año. La chagra tradicional abarca entonces todos los espacios usados por las personas: de ésta toman el alimento necesario para sostenerse y mantener a sus animales de cría y los desechos producidos por este conjunto son devueltos a la chagra nuevamente, generando una reciprocidad en el uso de nutrientes<sup>31</sup>.

**2.5.2 Costumbres.** Lo que comúnmente en la actualidad se considera como costumbre, bien pudo significar para los antepasados, un medio de expresión de su filosofía. Para referirse detalladamente sobre ello, se requiere de un análisis particular, pero se nota aquí, algunas de las cuales se conserva dentro de la comunidad:<sup>32</sup>

- Ofrecimiento de alimentos a las ánimas.
- Preparación de alimentos para la atención a los acompañantes en un funeral.
- Ceremonia de consejos en el matrimonio.
- Pedimento del perdón en el carnaval.
- Compartir alimentos dentro de las fiestas o trabajos.
- Transmitir cuentos a los niños alrededor del fogón, antes de dormir.
- El sentido del humor dentro del trabajo colectivo, con los chistes y "vocabulario picante".
- El caminar distancialmente de los esposos (el hombre unos 4 mts. aprox., más adelante de la mujer).
- Toma de decisiones conjuntamente entre los esposos para cualquier compromiso (negocios, favores, trabajos, etc.).

- Destinación específica de los asientos dentro de la casa (lugar donde deben sentarse los hombres, en un lado, en otro lado las mujeres).
- Guardar el alimento para llevar a su casa.

Respecto a las costumbres que anteriormente se anotan, son aún conservadas por el 56.82% de las familias, sobretodo en las familias que sobrepasan a los 36 años de edad; en cambio el 43.18% de las familias, por las razones ya conocidas, tienden a perder la expresión de las costumbres propias de la comunidad e imitan el comportamiento de los colonos<sup>29</sup>. (Ver Anexo C Figuras 9 y 10)

**2.5.3 Medicina tradicional.** Dentro de la comunidad, antes de tener contacto con la “civilización”, no había tantas enfermedades como las que actualmente se presentan. Las que en esa época se presentaban eran fácilmente controladas, gracias al conocimiento empírico de los mayores sobre el poder curativo de las plantas<sup>29</sup>.

En épocas anteriores, la utilización de los medicamentos vegetales y el consumo de alimentos en forma natural; permitía que los habitantes vivieran hasta más de 90 años. Los curacas formulaban según sus conocimientos, medicamentos: preventivos, curativos y según el caso hasta alucinógenos<sup>29</sup>.

Actualmente, es característico en la mayoría de las familias, mantener algunas plantas medicinales caseras, dentro de la chagra; que son utilizadas en momentos de emergencia, según la existencia de los siguientes ejemplares: chonduros, cuyanguillos, escancel, cedrón, borracheros, limón, manzanilla, menta, paico, verdolaga, llantén y ruda<sup>29</sup>.

Según un estudio realizado por Nieva y Jacome, sobre las representaciones sociales del proceso Salud enfermedad Oral en poblaciones urbano marginales, se encuentra gran similitud con la comunidad Camentsa, con respecto a las prácticas de higiene oral y medicina tradicional, puesto que en esta población también utilizan plantas medicinales para la salud oral, tales como: arrayán, romero, hierbabuena, hierbas con aguardiente reposado, etc. Por su efecto inmediato y por su bajo costo<sup>33</sup>.

Dentro de la medicina vegetal, el yagé (alucinógeno preparado en el bajo Putumayo) es considerado por el curaca como la fuente para llegar a determinar la enfermedad o el estado del paciente; pronostica algún hecho y por medio de la toma del yagé, puede ser vidente de lo que a él o al paciente circunda. Una característica del curaca es el de guardar en secreto sus conocimientos; su independencia se considera como parte de su ética en el ejercicio de la profesión; sus secretos los trasmite confidencialmente sólo a quien está en camino y condiciones de aprender esta ciencia. Entre estos curacas siempre existe el sentido del ego y competencia; entre ellos difiere la forma de ejercer la curación, sea en los ritos o aplicación de los medicamentos, pero si cada curaca tiene posibilidad de acuerdo a sus conocimientos y experiencias<sup>29</sup>.

Mediante el contacto con los colonos, la comunidad tuvo nuevas posibilidades de tratar y curar las enfermedades mediante el aprovechamiento de la medicina occidental. Pero así como se han recibido beneficios, se han tenido también efectos negativos sobre la medicina propia<sup>28</sup>.

La ciencia de la medicina tradicional que ha sido la máxima expresión de la educación propia, resulta difícil de sostener como una ciencia de objetivo social y benéfica, como lo fundamentaban los antepasados. Ante la situación que se enfrenta actualmente, esta profesión se está convirtiendo en un medio comercial, lo que ocasiona el debilitamiento de la verdadera imagen de ciencia indígena al servicio de la sociedad. El 40.22% de las familias opinan que la medicina tradicional se ha convertido en una actividad comercial (porque las consultas son cobradas). El 30.94% de las familias manifiestan que prestan servicio, tal como era anteriormente. El resto de familias manifiestan que están en juego las dos posiciones. Actualmente, solo cinco personas ejercen la

profesión como curacas de tiempo completo y once personas más, intercalan dicha profesión con otras actividades<sup>28</sup>.

Aparte de los curacas, dentro de la comunidad existen las parteras, que especialmente prestan sus servicios entre vecinos y familiares (actualmente hay 6 parteras).

**2.5.4 Salud y nutrición.** Los diversos factores que se han presentado dentro de la comunidad en las últimas décadas, ha hecho que la situación actual en cuanto a la salud y nutrición esté entre los primeros renglones de preocupación. Bien se sabe que en otras regiones del país y del mundo, este es un aspecto que diariamente cobra vidas humanas; pues esta situación no puede compararse así de grave, pero en relación a la vida de los antepasados y respecto al índice de crecimiento de la pobreza, la situación de la salud y nutrición dentro de la comunidad es algo que desde ya merece una especial atención<sup>28</sup>.

La falta de servicios primarios a muchas familias, contribuye en el desmejoramiento en su salud, pues sólo el 50.21% de las familias son beneficiadas en el servicio de acueducto; el 8.2% tienen servicio de alcantarillado y el 6.8% tienen letrinas<sup>5</sup>.

Los servicios que presta salud pública no llegan a todas las familias, pues solamente en dos veredas existen puestos de salud, pero éstos no poseen dotación completa<sup>5</sup>.

Cuando se trata de una atención mayor, hay que recurrir al centro de salud de Sibundoy o según el caso al hospital de Colón, pero para llegar a estos centros, se dificulta el medio de transporte y lógicamente los más perjudicados son las familias quienes viven en veredas más distantes<sup>5</sup>.

Aparte del poco aprovechamiento del servicio de salud, se suma el desconocimiento por parte de algunos directores de los centros de salud, sobre la Resolución 10013, que por su corta estadía como médicos y odontólogos rurales, no se informan sobre las garantías que tienen los indígenas respecto a los servicios de salud<sup>28</sup>.

En relación al aprovechamiento de las dos medicinas (tradicional y occidental), se ha visto que a pesar de todas las dificultades económicas, la mayor parte de las familias acuden al médico profesional, mientras otros acuden al curaca y un reducido número de familias consideran conveniente acudir a los dos<sup>28</sup>.

El tipo de enfermedades que se presentan son frecuentes, según el diagnóstico, dentro de la comunidad; pero a pesar de la gravedad, no se han dado las atenciones requeridas. El puesto de salud de las Cochas (vereda), está cerrado hace más de dos años, no por falta de colaboración de la comunidad, sino por el desinterés de los directivos de la seccional de salud<sup>28</sup>.

En vista de la variedad de enfermedades que se presentan tanto en los niños como en los adultos, a los cuales debe tratarse con el médico o curaca, según el caso; el 45% de las familias admiten la necesidad de que haya una estrecha relación entre el médico profesional y el curaca, en cuanto al tratamiento de las enfermedades<sup>28</sup>.

Las enfermedades ocasionadas dentro de la comunidad, se considera que son el resultado de las condiciones críticas que padecen la mayor parte de las familias. Entre otras se pueden mencionar:

- Viviendas en malas condiciones.
- El sometimiento a trabajos pesados
- Falta de tierra.
- Consumo de agua no potable.
- Consumo de bebidas embriagantes
- Mala alimentación.<sup>28</sup>

## 2.6 SALUD ORAL EN LA COMUNIDAD INDÍGENA CAMENTSA

Revisando los archivos en la gobernación del cabildo indígena de la comunidad Camentsa, y en la Secretaría Municipal de Salud, no se encuentran trabajos escritos ni bibliografía frente al tema de salud oral, se están realizando unas entrevistas con personas de la comunidad de edad mayores de 40 años con las siguientes preguntas:

- Ustedes como indígenas qué concepto tienen sobre la salud oral a través de los tiempos?
- Cómo atendían la salud los mayores?
- Qué se puede decir sobre la prevención de enfermedades orales en la comunidad indígena?
- Cuáles son las enfermedades orales más comunes en la antigüedad? ¿A qué se debían?
- Qué medicamentos utilizaban para curar las enfermedades orales?
- Cómo se ha manejado el aseo y la higiene oral en la comunidad?
- Existe una manera especial de atender la salud e higiene oral en la comunidad?
- Cómo se sacaban los dientes los mayores?
- En la actualidad cómo se viene manejando la salud oral en la comunidad Camentsa
- Algún detalle o sugerencia que usted desee anotar sobre salud oral propio en la comunidad indígena que no le haya preguntado?

De las cuales se empieza a armar el marco teórico con la siguiente temática: Historia, concepto, prevención, enfermedades más frecuentes curaciones y tratamientos, características y conclusiones<sup>34</sup>.

**2.6.1 Historia.** En la antigüedad los indígenas de la comunidad tomaban los dientes como medio de subsistencia de mucha importancia, por lo cual dentro de sus prácticas tradicionales, han buscado la forma de que la dentadura del niño indígena esté proyectada a una larga duración<sup>35</sup>.

Dichas prácticas consistían en manejar métodos tradicionales como:

Cuando salen los primeros dientes, no deben ser vistos o molestados por alguien y de alguna manera, en la misma medida, creyeron que la estética de la dentadura consistía en la dureza y uniformidad por lo cual no alimentaban a los niños con productos que debilitaban los dientes. Inclusive había familias donde se hacían lavados para la durabilidad que consistió en un enjuague con sangre grado (una sustancia del árbol del mismo nombre). Dicho lavado no se hacía cualquier día, ya que tenían en cuenta la luna para que el árbol no se dañe<sup>35</sup>.

Puede haber otras experiencias, como la curación con plantas coge lengua como el maco (es un fruto que cumple la misma función o tarea), coge lengua para matar gérmenes que tenían en la boca, durabilidad, limpieza, desinfectante y pertenece a la familia de astringentes; esta planta en la actualidad ya no existe<sup>35</sup>.

Para la atención de los dientes permanentes; cuando se les caía el diente de leche lo hacían guardar en los cogollos de las matas más frondosas de achira, en forma de secreto. En caso de que el niño o niña se sacara el diente o por trauma lo perdiera, era castigado. La ceremonia

consistía en castigar al niño cuando lo hacía caer o se lo sacaba, porque la creencia era que los mayores depositen el diente en tal sitio<sup>35</sup>.

Las técnicas modernas de higiene oral se empezaron a usar con la llegada de las hermanas franciscanas (comunidad religiosa que se preocupó por la educación y la civilización de los indígenas hace más o menos 30 años). Dichas religiosas regalaban en la escuela cepillo y crema, además daban instrucciones de higiene oral a sus alumnos que al parecer tenían muy mal aspecto en la boca<sup>35</sup>.

Luego de 10 años “la Sociedad Colombiana de Odontólogos” capacitó con cursos de odontología acelerados, en la ciudad de Medellín, a estudiantes que posteriormente fueron enviados a trabajar en diferentes partes de Colombia, especialmente a los lugares más apartados y zonas rurales como el Putumayo dotándolos de uniformes y equipos elementales, otorgándoles el título de “dentistas”. Para entonces el dentista en el Valle Sibundoy era Jonás Daza el primero en atender a los indígenas y colonos que habitaban en el municipio de Sibundoy. Él realizaba procedimientos de higiene oral, extracciones, mecánica dental, entre otros<sup>35</sup>.

Hace poco (aproximadamente 20 años) empezaron a llegar uno que otro odontólogo; pero aún en la cultura indígena la higiene oral es muy atrasada. Todavía hay indígenas que limpian su dentadura con hojas de laurel que las mastican para controlar las infecciones<sup>35</sup>.

Las limpiezas periódicas no son adoptadas, en ellos prevalece el cuidado en forma natural pero de todas formas no es suficiente; prevalece la mala higiene oral, sin dentadura, mala estética, un gran porcentaje con prótesis porque se dejan los ‘puchos’ (Restos radiculares) de dientes<sup>35</sup>.

**2.6.2 Concepto.** En la actualidad los indígenas camentsá no conciben la salud como la conciben los colonos. Tienen sus propias creencias como parte esencial de su cultura. Para los mayores no existe el referente; importancia de la salud oral. No existe un claro interés por la salud bucal, ni existe cultura de cuidado y limpieza dental. A través de las diferentes instituciones poco a poco se está iniciando un proceso de valoración en este campo, pero en niños y jóvenes, más no en adultos y en ancianos<sup>35</sup>.

En un estudio realizado en Ceuta (España) sobre la influencia de la edad, el género, la etnia, y el nivel socioeconómico sobre la salud oral, se demostró que este tipo de problemas aumentan por el descuido de los padres, medido a través de la ocupación del padre, el área demográfica de residencia, el salario, nivel socioeconómico del padre; atribuyendo así estos factores como causa de aparición de la caries<sup>18</sup>.

**2.6.3 Prevención.** Antes de llegar las instituciones de salud, no hubo trabajo preventivo técnico en salud oral en la comunidad Camentsa pero se han manejado métodos tradicionales como el realizar buches con manzanilla, laurel, o manejaban mitos como los mencionados en la historia<sup>36</sup>.

Los medicamentos más utilizados: laurel, manzanilla para prevención.

**2.6.4 Curaciones y tratamientos.** Es de anotar que lastimosamente por la falta de educación preventiva, los mayores optaban por la extracción de la dentadura a la fuerza bruta, o sea, que si un diente cariado, dolía, se amarraba con una guasca y se halaba, o también con una astilla bien afilada se cortaba la raíz alrededor del diente y para detener la hemorragia, había que masticar lengua de vaca (planta típica de la región) con sal o limón. Cuando un niño padecía dolor de muela o diente y se le hinchaba la cara, sus padres le colocaban un emplaste de lengua de vaca y perejil machacado con un trapo hasta bajar la hinchazón (perejil plantas frescas y lengua de vaca) luego le hacían la extracción<sup>36</sup>.

Los mayores aún conservan tratamientos tradicionales y no acuden a los centros de salud por recelos personales<sup>36</sup>. Los medicamentos utilizados de manera tradicional son:

Para la inflamación: el llantén, la yerbamora (plantas propias de la región).

Para dolor de muela: dormidera, la traían de clima caliente. Galembó (nombre tradicional) para calmar el dolor o cualquier hierba que sea fresca como la sábila, la Santa María (matas propias de la región)<sup>35</sup>.

Para la infección: babaza de moquillo y helecho aplicándolo en la mejilla concentraba la maleza en la encía hasta que reventaba o salía el pus, se consideraba haber muerto el nervio o raíz de la muela la cual caía por partes; según las veces que reventaba se determinaba el número de raíces que tenía la muela o si esta no reventaba se consideraba la muela buena o sana<sup>35</sup>.

Mangapaquí, para matar y sacar el gusano de la muela que estaba podrida (planta del medio). Carbón vegetal molido con bicarbonato para limpiar, las extracciones que es lo más común consiste en dejarse podrir los dientes hasta que se aflojan para sacarlos con piolas, hilos o pequeñas astillas que ellos mismos hacen quedándose las raíces hasta que las encías los cubren hasta producirse tumores y abscesos. Solo en casos extremos van donde los dentistas que es a los que más confianza les tiene y les creen, más que a los odontólogos, por su trato amistoso y comprensivo a su cultura. En cambio para el indio, al odontólogo le tienen recelo, por su posición social y profesional que lo identifica<sup>37</sup>.

### **3. DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **3.1 HIPÓTESIS**

Las patologías orales que presentan los integrantes de la comunidad indígena Camentsa del municipio de Sibundoy Putumayo, son causadas por prácticas y costumbres derivadas de la cultura de esta comunidad.

Para la realización de esta investigación, es necesario hacer un análisis minucioso del entorno natural alrededor de la comunidad Camentsa, en cuanto al clima, ubicación geográfica de la población, medicamentos tradicionales utilizados y prácticas en cuanto a higiene oral, para así poder determinar las enfermedades de la cavidad oral.

Las enfermedades que se presentan en niños de la comunidad indígena son menos severas que las que se presentan en adultos, ya que estos tienen diferentes hábitos que se han ido desarrollando con mucho tiempo de anterioridad.

Hay posibilidad de encontrar patologías desconocidas en la comunidad indígena Camentsa Biya ya que es una población étnica única a nivel mundial y por tanto unas costumbres, prácticas y formas de vida muy autóctonas.

Al socializar los resultados ante los responsables de la salud oral en la comunidad, se logra una sensibilización y se dan bases para el mejoramiento de la salud bucodental.

#### **3.2 TIPO DE ESTUDIO**

La investigación siguió los lineamientos de un estudio de carácter observacional de tipo descriptivo.

#### **3.3 UNIVERSO**

Habitantes del municipio de Sibundoy, Putumayo, pertenecientes a la etnia Camentsä, Inga y colonos.

#### **3.4 POBLACIÓN**

Habitantes de Sibundoy, Putumayo, pertenecientes a la comunidad indígena Camentsä Biya con edades entre 5 y 74 años.

#### **3.5 MUESTRA**

Teniendo en cuenta que no hay datos actualizados sobre totales de la población indígena Camentsä, se decidió trabajar con un listado del censo realizado en 1996 por Dasalud-Putumayo.

La población inicial es de 2.402 habitantes, de los cuales se eliminaron personas que no presentaban datos de edad.

Al hacer el censo de 1996, se proyecta la edad de la base de datos de ese año a la edad actual.

La técnica de muestreo utilizada fue muestreo aleatorio estratificado proporcional con un nivel de confianza de 95% y un error de 5%, utilizando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{\sum_{i=1}^3 N^2_i P_i q_i / w_i}{N^2 D + \sum_{i=1}^3 N_i P_i q_i}$$

donde:

Ni = tamaño de cada estrato poblacional.

Pi = proporción de éxito en cada estrato

Wi: fracción de observaciones del estrato; en la población.

Los estratos van a ser los rangos de edades establecidos por el ENSAB III.

estratos	Ni	PI	wi
1	587	0,5	0.24437968
2	302	0,5	0.12572856
3	326	0,5	0.13572023
4	244	0,5	0.10158201
5	209	0,5	0.08701082
6	135	0,5	0.05620316
7	130	0,5	0.05412157
8	114	0,5	0.04746045
9	77	0,5	0.03205662
10	65	0,5	0.02706078
11	70	0,5	0.02914238
12	143	0,5	0.05953372
N	2402		

i = define el número de estratos i = 1,2,3 ... 12

se calculan los valores:

$(N_i * P_i * (1 - P_i)) / w_i$  presentes para cada estrato i

estratos

1	352493.5
2	181351
3	195763
4	146522
5	125504.5
6	81067.5
7	78065
8	968457
9	46238.5
10	39032.5
11	42035
12	85871.5
suma	1442401
$N * N (0,05 * 0,05) / 4$	= 3606,0025

Se calculan los valores  $N_i \cdot p_i \cdot (1 - p_i)$  para cada estrato  $i$

Estratos

1	146.75
2	75.5
3	81.5
4	61
5	52.25
6	33.75
7	32.5
8	28.5
9	19.25
10	16.25
11	17.5
12	35.75
suma:	600.5

Luego el tamaño de la muestra general es  $n = 355$

Para cada estrato corresponden de acuerdo a la fracción de observaciones del estrato  $i$  ( $w_i$ ) lo siguiente:

Estrato	$n_i = n \cdot w_i$	
1	$n_1$	88
2	$n_2$	47
3	$n_3$	47
4	$n_4$	35
5	$n_5$	30
6	$n_6$	20
7	$n_7$	19
8	$n_8$	17
9	$n_9$	11
10	$n_{10}$	10
11	$n_{11}$	10
12	$n_{12}$	21
TOTAL	$n =$	355 aumenta el tamaño de muestra debido al redondeo

### 3.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN

#### 3.6.1 Criterios de inclusión

- Integrantes de la comunidad Camentsa Biya, que vivan en Sibundoy Putumayo y sus veredas.
- Indígenas Camentsa que participaron voluntariamente en el estudio.
- Individuos de la comunidad Camentsa con edades entre 7 y 74 años de sexo masculino y femenino.
- Integrantes de la comunidad Camentsa que no presenten enfermedades sistémicas como causa de las odontopatías

- Personas de la comunidad Camentsa que no presenten enfermedades terminales.

### **3.6.2 Criterios de exclusión**

- Habitantes del municipio de Sibundoy que no pertenezcan a la etnia Camentsa.
- Integrantes de la comunidad Camentsa que vivan fuera del municipio de Sibundoy Putumayo o sus veredas.
- Indígenas Camentsa que no sean asequibles al examen odontológico.
- Indígenas de la etnia Camentsa que presenten enfermedades sistémicas como causa de las odontopatías.
- Indígenas Camentsa que presenten enfermedades terminales
- Personas de la población que tengan edades menores de 5 años y mayores de 74.

### **3.6.3 Criterios de retiro**

- Individuos que en el transcurso de la investigación se enfermen y sean hospitalizados
- Personas que salgan a vivir fuera de Sibundoy o sus veredas durante la investigación.
- Indígenas de la etnia Camentsa que no deseen seguir siendo parte de este estudio.
- Integrantes de la población que mueran en el transcurso de la investigación

### 3.7 VARIABLES

Cuadro 1. Variables

Nombre de la variable	Definición de la variable			Escala de la variable		
	Código	Escala de la característica	Definición de la característica	Cuantitativa	Cualitativa	Medición
Sexo	V1	Cualitativa	Cuál es la definición entre patologías bucodentales del sexo masculino respecto del femenino?		X	Hombre Mujer Años cumplidos
Edad	V2	Cuantitativa	Cuántos años cumplidos tiene la persona ¿A qué grupo de edad pertenece la persona?	X		Personas entre 5-74 años Niños de 5 a 14 años Adolescentes de 15 a 19 años Adultos jóvenes de 20 a 24 años Adultos jóvenes de 25 a 29 años Adultos de 30 a 34 años Adultos de 35 a 39 años Adultos de 40 a 44 años Adultos de 45 a 49 años Adultos de 50 a 54 años Adultos mayores de 55 a 59 años Adultos de 60 a 64 años Adultos mayores de 65 a 74 años Años cumplidos
Lugar	V4	Cualitativa	Cuáles enfermedades se presentan en el municipio de Sibundoy y en sus veredas?		X	Zona urbana, Zona rural

Nombre de la variable	Definición de la variable			Escala de la variable			
	Código	Escala de la característica	Definición de la característica	cuantitativa	cuantitativa	categoría	Medición
Hábitos de higiene oral	V5	Cualitativa	¿Qué prácticas de higiene oral realizan los indígenas?		X	Agua sal	
						Agua limón	
						Sangre grado	
						Arrayán	
						Hoja de lurel	
						Manzanilla	
						Carbón vegetal molido con bicarbonato	
						Crema dental	
						Enjuague "Listerine"	
						Cepillo de dientes	
Seda dental							
Examen físico	V6	Cualitativa	¿Con qué frecuencia se presenta alteraciones de la articulación temporomandibular?		X	Articulación temporomandibular	
Examen físico	V7	Cualitativa	¿Con qué frecuencia se presentan alteraciones de los labios?		X	Labios	
Examen físico	V8	Cualitativa	¿Con qué frecuencia se presentan alteraciones de la lengua?		X	Lengua	
Examen físico	V9	Cualitativa	¿Con qué frecuencia se presentan alteraciones del paladar?		X	Paladar	
Examen físico	V10	Cualitativa	¿Con qué frecuencia se presentan alteraciones del piso de boca?		X	Piso de boca	
Examen físico	V11	Cualitativa	¿Con qué frecuencia se presentan alteraciones de los carrillos?		X	Carrillos	
Examen físico	V12	Cualitativa	¿Con qué frecuencia se presentan alteraciones de las glándulas salivares?		X	Glándulas salivares	
Examen físico	V13	Cualitativa	¿Con qué frecuencia se presentan alteraciones de los maxilares?		X	Maxilares	

Nombre de la variable	Definición de la variable			Escala de la variable			
	Código	Escala de la característica	Definición de la característica	cuantitativa	cualitativa	categoría	Medición
Examen físico	V14	Cualitativa	¿Con qué frecuencia se presentan alteraciones de los senos maxilares?		X	Senos maxilares	
Examen físico	V15	Cualitativa	¿Con qué frecuencia se presentan alteraciones de los músculos masticatorios?		X	Músculos masticatorios	
Examen físico	V16	Cualitativa	¿Con qué frecuencia se presentan alteraciones del sistema nervioso, vascular y linfático regional?		X	Sistema: nervioso, vascular y linfático regional	
Examen físico	V17	Cualitativa	¿Con qué frecuencia se presentan alteraciones de la función de oclusión?		X	Función de oclusión	
Examen dental	V18	Cualitativa	Con qué frecuencia se presentan dientes supernumerarios?		X	Supernumerarios	
Examen dental	V19	Cualitativa	Con qué frecuencia se presenta erosión dental?		X	Erosión	
Examen dental	V20	Cualitativa	Con qué frecuencia se presenta atrición dental?		X	Atrición	
Examen dental	V21	Cualitativa	Con qué frecuencia se presenta abrasión dental?		X	Abrasión	
Examen dental	V22	Cualitativa	Con qué frecuencia se presentan manchas?		X	Manchas	
Examen dental	V23	Cualitativa	Con qué frecuencia se presentan patologías pulpares?		X	Patología pulpar	
Examen dental	V24	Cualitativa	Con qué frecuencia presentan placa blanda y calcificada?		X	Placa blanda y calcificada	
Examen dental	V25	Cualitativa	¿Con qué frecuencia se presentan otras características?		X	Otros	
Índice periodontal	V26	Cualitativa	Con qué frecuencia se presenta gingivitis y periodontitis?			Gingivitis y periodontitis	
Estado periodontal	V27	Cualitativa	¿Con qué frecuencia se presenta Absceso periodontal?		X	Absceso periodontal	

Nombre de la variable	Definición de la variable			Escala de la variable			
	Código	Escala de la característica	Definición de la característica	cuantitativa	cualitativa	categoría	Medición
Estado periodontal	V28	Cualitativa	¿Con qué frecuencia se presenta fistula?		X	Fistula	
Estado periodontal	V29	Cualitativa	¿Con qué frecuencia se presenta recesión gingival?		X	Recesión gingival	
Indice de C.O.P.	V30	Cualitativa	Cuántas personas hay con diente cariados?	X		dientes cariados	
Indice de C.O.P.	V31		Cuántas personas hay con dientes obturados?			Dientes obturados	
Indice de C.O.P.	V32		Cuántas personas hay con dientes perdidos?			Dientes perdidos	

### **3.8 FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

Para llevar a cabo la presente investigación se realizó en primer lugar la calibración de observadores donde se revisó literatura acerca de los índices: Cariados, Obturados y Perdidos (COP), índice comunitario de las necesidades de tratamiento periodontal (CPITN), el Índice de Higiene Oral Simplificado (HIS) y se unificaron criterios en los diferentes ítem presentes en el formulario.

Con la aprobación del formulario, el consentimiento informado y el instructivo para recolectar los datos por parte del Comité de Investigación y Ética del Colegio Odontológico Colombiano, Sede Santiago de Cali; se prosiguió a realizar la prueba piloto en 44 individuos con el fin de validar el instrumento de recolección de información. (Ver Anexos D, E y F)

Los formularios fueron aplicados en el municipio de Sibundoy, Putumayo en los meses de junio y julio del año 2003 a 355 individuos en las diferentes veredas y barrios. Se utilizó un instrumento de recolección de datos con un total de 43 ítem en los cuales se indagó sobre datos personales, creencias sobre salud oral, prácticas de higiene oral y características clínicas de la población sujeto a estudio.

#### **3.8.1 Instructivo.** (Ver Anexo E)

### **3.9 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO**

Previo a la recolección de datos del trabajo de campo, se aplicó un cuestionario de tipo estructurado a 40 participantes con el propósito de validar el instrumento. A partir de los resultados de dicha prueba, se hicieron modificaciones al mismo, con el fin de alcanzar los objetivos propuestos en la investigación.

### **3.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

La presente investigación fue aprobada por el Comité de Investigación y Ética del Colegio Odontológico Colombiano, tuvo en cuenta las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, establecidas por el Ministerio de Salud, según Resolución N° 008430 del 4 de octubre de 1993, en lo que respecta a disposiciones generales, a investigaciones en comunidades. Además, debido al carácter especial del grupo humano en investigación, se respetaron las costumbres y tradicionales de la comunidad, en cuanto a conceptos de salud bucodental, los sistemas médicos tradicionales, religión, la lengua, forma de organización y participación, para ellos se informó a las diferentes autoridades tradicionales y a la comunidad el objetivo y la forma de investigación.

Se tuvo en cuenta la diversidad étnica y cultural y de ninguna manera los procesos investigativos fueron impuestos o contraproducentes para la población.

#### **3.10.1 Consentimiento Informado.** (Ver Anexo F)

#### **3.11 RECURSOS** (Ver Anexo G)

#### **3.12 CRONOGRAMA** (Ver Anexo H)

#### 4. RESULTADOS

De acuerdo con los objetivos planteados en esta investigación, los resultados del trabajo de campo realizado en los meses de junio- julio del 2003 en el municipio de Sibundoy fueron:

Los individuos incluidos en el estudio fueron 229 de género femenino equivalente al 64.5% y 126 de género masculino equivalente al 35.5% de la población total. Se observa que el mayor porcentaje (75.8%) habita en la zona rural equivalente a 269 personas y el 24.2 % habita en la zona urbana equivalente a 86 individuos.

Para el estudio se tomaron los siguientes rangos de edad:

Tabla 2. Características de la edad de población sujeto a estudio

Rangos de edad	Frecuencia	Porcentaje
7-14	91	25,6%
15-19	44	12,4%
20-24	47	13,2%
25-29	34	9,6%
30-34	30	8,5%
35-39	20	5,6%
40-44	20	5,6%
45-49	17	4,8%
50-54	11	3,1%
55-59	10	2,8%
60-64	9	2,5%
65-74	22	6,2%
Total	355	100,0%

Fuente: formulario de recolección de información

La Tabla 2 indica que se cumplió con el número de individuos establecido para cada rango de edad en el capítulo del diseño metodológico.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en el formulario según las creencias y prácticas de la comunidad Camentsá

Tabla 3. Algunos elementos utilizados para higiene oral

Que usa para limpiar su boca	Frecuencia	Porcentaje
Agua sal	29	8,2%
Agua limón	40	11,3%
Sangre grado	0	0%
Arrayán	18	5,1%
Hojas de laurel	6	1,7%
Manzanilla	32	9,0%
Carbón vegetal molido con bicarbonato	39	11,0%
Astillas de leña	18	5,1%
Maco	2	0,6%
Crema dental	334	94,1%
Enjuague listerine	21	5,9%
Cepillo de dientes	335	94,4%
Seda dental	62	17,5%

Fuente: formulario de recolección de información

En la Tabla 3, el porcentaje total no es 100% debido a que algunas personas utilizan varios elementos para limpiar su boca. Por lo tanto, se observa que el mayor porcentaje de la población utilizan cepillo de dientes (94.4%) equivalente a 335 individuos, crema dental (94.1%) equivalente a 334 individuos, y seda dental (17.5%) igual a 62 individuos; lo que indica que en la comunidad hay buena información acerca de higiene bucal. Por otro lado, se observa que todavía un (11.3%) equivalente a 40 personas utilizan agua limón, y el 11.0%, es decir 39 personas, utilizan carbón vegetal con bicarbonato, lo que muestra que las prácticas de higiene oral tradicionales son incorrectas por el alto grado de abrasividad.

Se destaca además que la frecuencia de cepillado en esta comunidad es de tres veces al día para el 39.7 % de personas, de dos veces al día para el 36.9%, de una vez al día para el 12.4%. El 7.0% de las personas restantes manifiestan que su frecuencia de cepillado es de una vez (1.7%), dos veces (1.4%), tres veces (2.5%) o cuatro veces (1.4%) por semana.

De otro lado se encuentra que el 87.3% de la población, es decir 310 personas respondieron que la salud oral es muy importante mientras que el 10.4 % de los individuos la consideran regularmente importante y para el 2.3% es poco importante. Además, del total de la población el 85.4% es decir 303 individuos creen que para mantener su boca sana son mejores las practicas odontológicas modernas en comparación con las practicas tradicionales utilizadas en la comunidad referidas por el 14.6% equivalente a 52 personas.

Tabla 4. Medicamentos tradicionales utilizados para curar enfermedades bucodentales en la comunidad Camentsa

<b>De los siguientes medicamentos tradicionales cuales utiliza para curar las enfermedades orales?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Hojas de chilacuán	34	9,6%
Lengua de vaca con sal y limón	22	6,2%
Perejil machacado con lengua de vaca	10	2,8%
Yema de huevo cocida	8	2,3%
Llantén	50	14,1%
Hierba buena	38	10,7%
dormidera	6	1,7%
galembo	22	6,2%
Sábila	2	0,6%
Santa María	6	1,7%
Babaza de moquillo	0	0%
Helecho	4	1,1%
Mangapagui	10	2,8%
Ajengibre	10	2,8%
Botoncillo	6	1,7%
Hierba mora	4	1,1%
Cuyanguillo	3	0,8%
Hoja de menta	4	1,1%
Flor de haba	3	0,8%
Cedrón	4	1,1%

Fuente: formulario de recolección de información

En la Tabla 4, se muestra que un gran porcentaje de la población refiere haber utilizado los medicamentos tradicionales. Son en su orden: Llantén (14.1%), hierba buena (10.7%), hojas de chilacuán (9.6%), galembo (6.2%), lengua de vaca (planta típica de la región) con sal y limón mientras un bajo porcentaje de personas manifiesta haber utilizado yema de huevo cocida (2.3%), perejil machacado (2.8%), Mangapagui (2.8%) y ajengibre (2.8%). Cabe aclarar que el 30.8% de las personas manifestó no haber utilizado medicamentos naturales para curar enfermedades

bucodentales.

De otra parte es importante destacar el hecho de que la mayoría de la población (73.5%), es decir, 261 personas de las 355, manifiestan nunca haber asistido al odontólogo.

A la pregunta: ¿Le tiene temor a los instrumentos que utiliza el odontólogo en el tratamiento de enfermedades orales?, el 58.9% equivalente a 209 personas responden NO mientras que el 41.1% de los individuos responden SI. Lo que afirma que este no es el motivo de inasistencia al odontólogo.

Se encontró también que al 83.4% de los encuestados si les importa prevenir las enfermedades orales y que la información al respecto la han obtenido en mayor porcentaje de maestros (54.5%) es decir 193 personas, el 43.7% expresaron que los padres. Otras respuestas fueron los odontólogos (32.1%), otras personas manifiestan que la información fue obtenida de la radio (3.9%) y la televisión (14. 1%).

Tabla 5. Creencias sobre la causa de la caries en la comunidad Camentsa

Cree UD que la causa de la caries es:	Frecuencia	Porcentaje
Bacterias	50	14,1%
Azúcar	100	28,2%
Mala higiene oral	219	61,7%
No sabe	48	13,5%

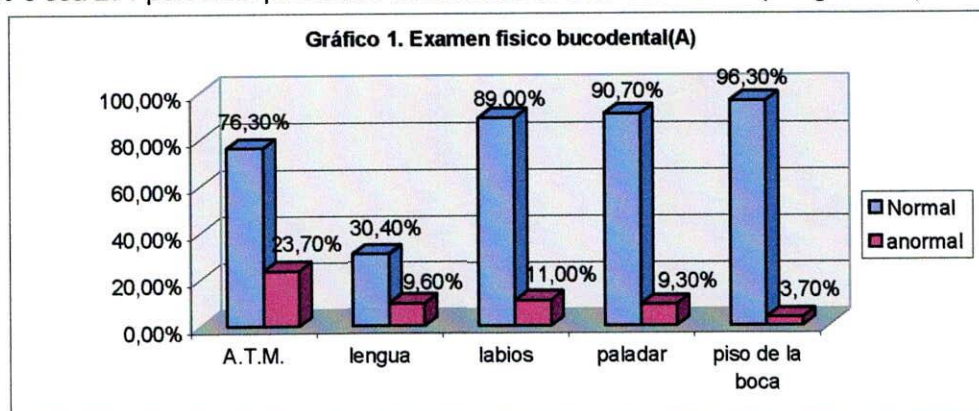
Fuente: formulario de recolección de información

En la Tabla 5, se observa que el mayor porcentaje de la población (61.7%) considera que la causa de la caries es una mala higiene oral, seguido de azúcar y en menor porcentaje las bacterias. Cabe aclarar que la opción de respuesta fue múltiple.

A la pregunta ¿Cree usted que la caries puede hacerle perder los dientes?, el mayor porcentaje de población (86.8%) equivalente a 308 personas responden SI, el 2.8% responde NO, mientras que el 10.4% no sabe.

Indagando sobre percepciones de enfermedades periodontales, se encuentra que el 53.0% es decir 188 personas de 355 responden que SI les sangran las encías, además el 89.9% de la población cree que esta es una enfermedad que puede hacerle perder los dientes mientras que el 5.1% no lo cree y un 5.1% no sabe.

Al realizar el análisis del resultado del examen bucodental se encuentra que 84 personas de 355, lo que equivale al 23.7%, presentan algún tipo de alteración en la articulación temporomandibular y el 76.3% o sea 271 personas presentan normalidad en esta estructura. (ver gráfico 1)

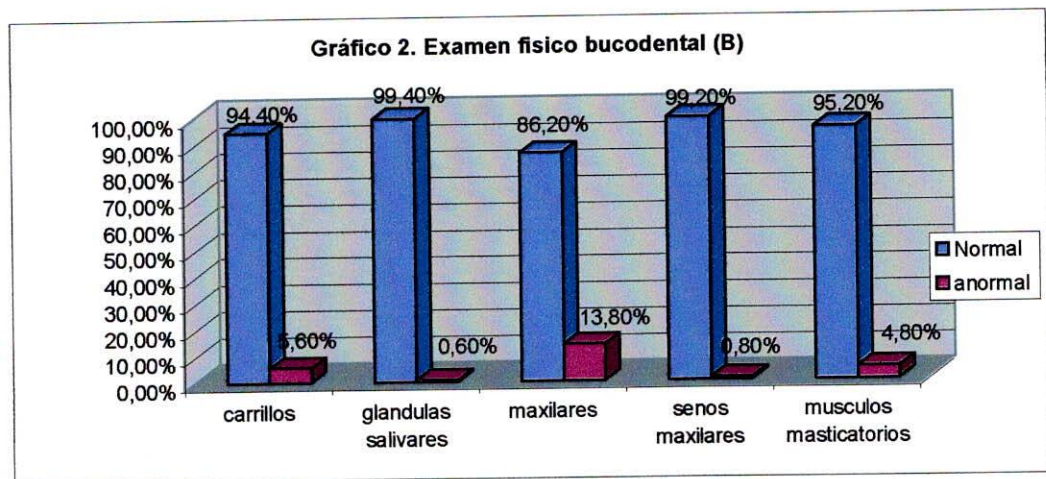


Al examinar la lengua se encontró que 316 personas lo que corresponde al 89%, presentan normalidad en ésta y solo 39 personas de los 355 evaluados tienen algún tipo de alteración.

De los 355 individuos el 90.4% (321 personas) presentan labios normales y el 9.6%(34 personas) presentan alteraciones.

En la evaluación del paladar el 90.7% (322 personas) no presentan alteraciones y solo 33 personas es decir el 9.3% presentan anomalías.

En la pregunta número 22 donde se evalúa el piso de la boca, se encuentra que el 96.3% es decir 342 personas presentan normalidad y solo el 3.7% equivalente 13 personas presentan alteración.



Con respecto a los carrillos se noto que solamente el 5.6% de la población lo que equivale a 20 personas presentan alteración, mientras que el 94.4% de individuos presentan normalidad.

En cuanto a alteración de glándulas salivares se observa que solo el 0.6% es decir 2 individuos la presentan.

Se estableció que las alteraciones de los maxilares presentan una prevalencia del 13.8% equivalente a 49 personas mostrándose así como una de las más frecuentes en cuanto a estructuras bucodentales se refiere.

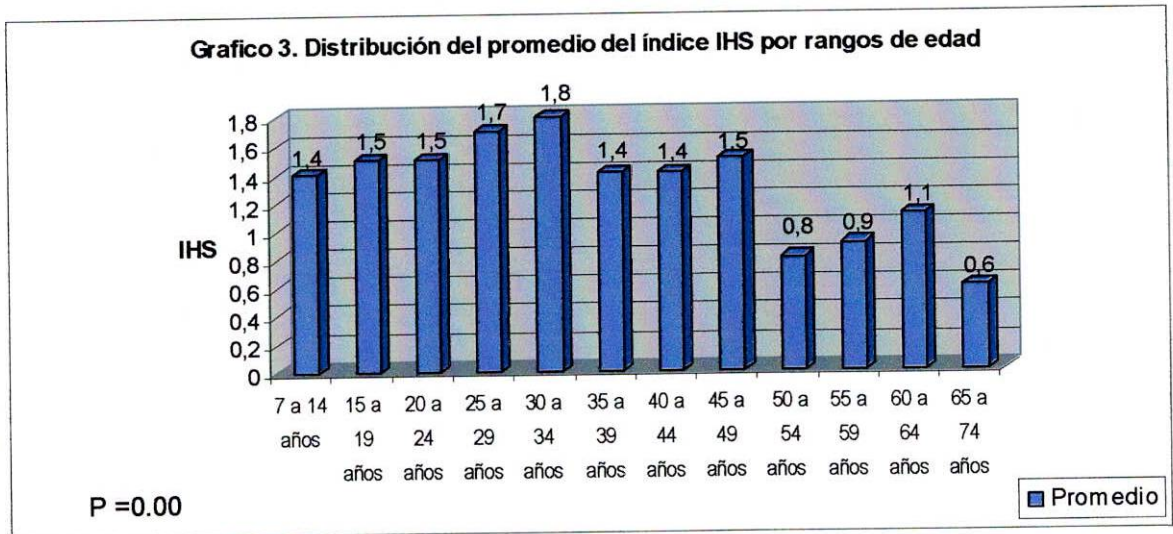
En el Gráfico 2 se muestra que en la evaluación de senos maxilares solo el 0.8% presenta anomalía, mientras las anomalías en músculos masticatorios presentan una frecuencia de anomalía de 4.8%, es decir 17 personas de 355.

Con respecto al análisis de los sistemas nervioso, vascular se encontró que la totalidad de la población presenta normalidad mientras que en el sistema linfático regional se presentó un 2% de anomalía.

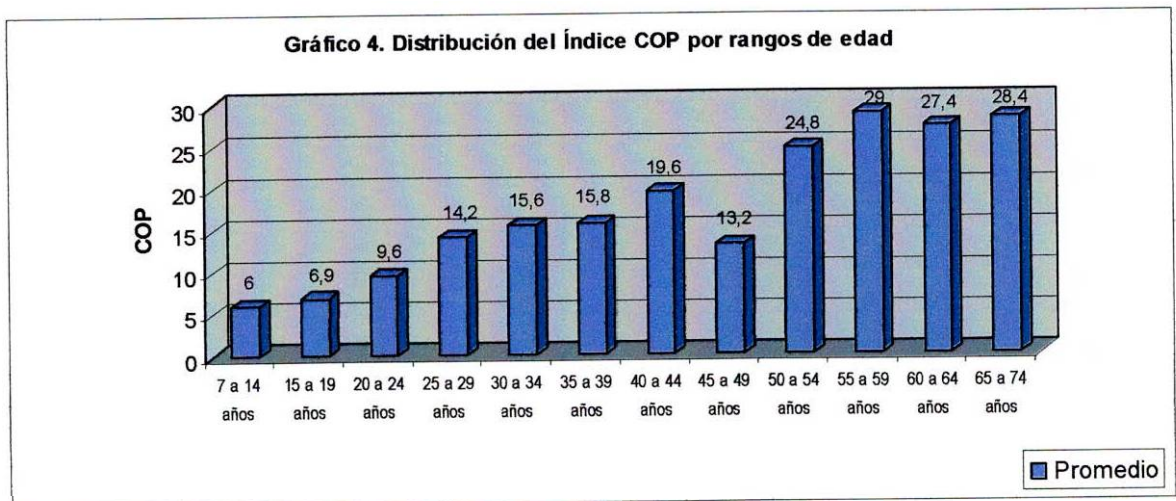
De acuerdo con la situación encontrada, el 68.2% de la población (242 individuos) presenta una alteración en la función de oclusión, y solo el 31.8 % (113 individuos) presentan normalidad en relación a esta.

Entre otros aspectos al realizar el examen dental se encontró presencia de supernumerarios en el 1.1% de la población, es decir en 4 personas, se encontró erosión en el 13.2%, atrición en el 9.9%, abrasión en 8.7%, y manchas en el 11,8%.

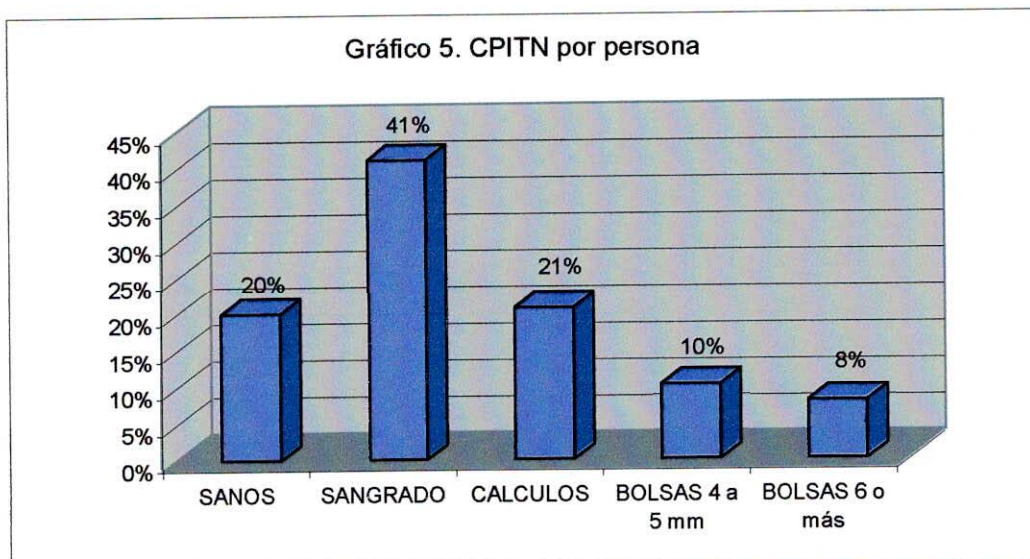
Al realizar la evaluación del estado periodontal se encontró que el 4.2% de la población presenta absceso periodontal, en cuanto a fístula el 6.2% la presenta y el problema de mayor prevalencia es la recesión gingival encontrándose en el 35.2% de los individuos evaluados.



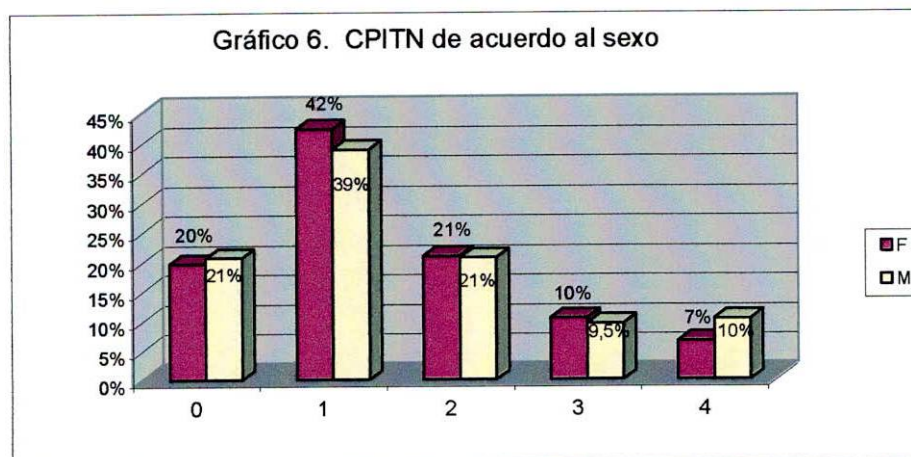
En el Gráfico 3 puede observarse que el promedio de índice IHS es muy similar en las edades de 7 a 14 años, 35 a 39 años y 40 a 44 años con un valor de 1.4. También es similar en las edades de 15 a 19 años, 20 a 24 años y 45 a 49 años, el promedio más alto se presentó en las edades de 30 a 34 años (1.8), y desciende a partir de los 50 años, teniendo en cuenta que en estos grupos de edad hay alta prevalencia de ausencias dentarias



Con respecto al índice COP se encontró que existe diferencia significativa en cuanto a los rangos de edad y se puede apreciar que el promedio de dientes con historia de caries aumenta con la edad hasta los 44 años, en el rango de 45 a 49 años el promedio de COP disminuye y a partir de los 50 años aumenta significativamente. (Como se observa en el Gráfico 4)



El Gráfico 5 presenta que el 20% de la población, equivalente a 71 personas, no requieren tratamiento periodontal, la mayoría de la población (41.1%), es decir 146 individuos requieren tratamiento enfocado a prevención como profilaxis y en general de refuerzo en las medidas de higiene oral. El 20.8% de los evaluados, es decir 74 personas de 355 requieren raspaje y alisado radicular, además el 10.1% igual a 36 personas, las cuales presentan bolsas patológicas entre 4 y 5 mm, el tratamiento está limitado a raspaje y alisado radicular incluyendo la eliminación de obturaciones desbordantes y de los márgenes retentivos de placa bacteriana. Y el 7.9% de la población, es decir 28 individuos, presentan profundidades de sondaje igual o mayor a 6mm, lo que significa que requieren de un tratamiento periodontal complejo (TC), además de raspaje y alisado radicular e instrucción de higiene oral.

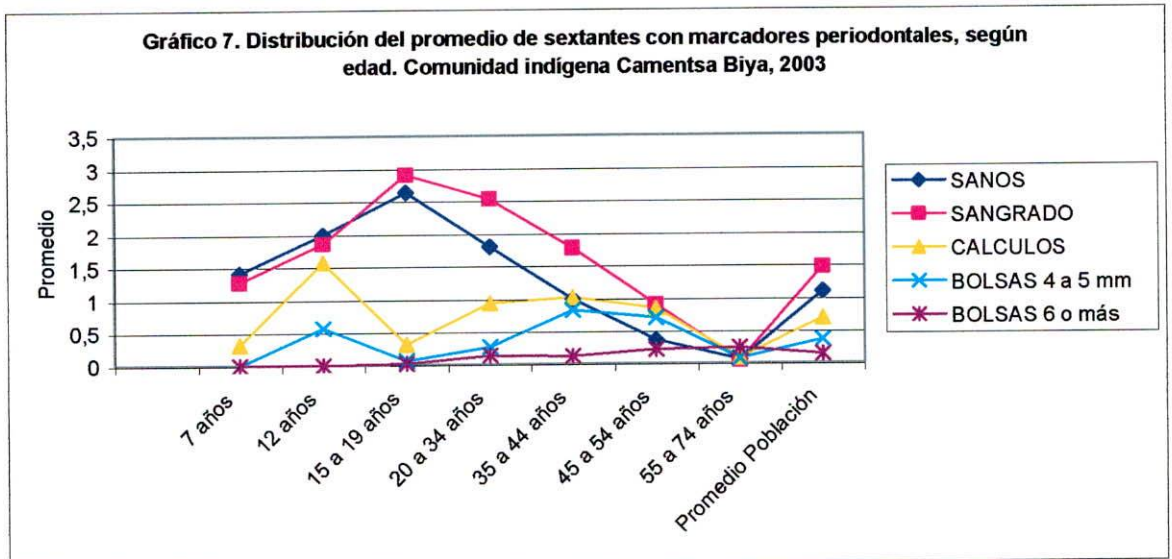


El Gráfico 6, muestra el estado periodontal de la población de acuerdo al sexo, encontrándose que el mayor número de sextantes sanos lo presenta el masculino (21%) con una diferencia poco significativa en comparación con el sexo femenino (20%). Mientras que el sexo femenino presenta un mayor porcentaje (42%) de segmentos sangrantes a diferencia del sexo masculino con un porcentaje de 39%, en los individuos que presentaron cálculos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación con el sexo con una probabilidad de 0,7.

Cuadro 2. Promedio de sextantes con marcadores periodontales, según edad. Comunidad indígena Camentsa Biya, 2003

EDAD	SANOS promedio	SANGRADO promedio	CÁLCULOS promedio	BOLSAS 4 a 5 mm promedio	BOLSAS 6 o más promedio
7 años	1,4	1,3	0,3	0,0	0,0
12 años	2,0	1,9	1,6	0,6	0,0
15 a 19 años	2,6	2,9	0,3	0,1	0,0
20 a 24 años	2,4	2,5	0,9	0,1	0,0
25 a 29 años	1,9	2,9	0,7	0,1	0,1
30 a 34 años	1,1	2,2	1,3	0,5	0,3
<b>20 a 34 años</b>	<b>1,8</b>	<b>2,5</b>	<b>0,9</b>	<b>0,3</b>	<b>0,1</b>
35 a 39 años	0,9	2,3	0,7	0,9	0,2
40 a 44 años	1,2	1,3	1,4	0,8	0,1
<b>35 a 44 años</b>	<b>1,0</b>	<b>1,8</b>	<b>1,0</b>	<b>0,8</b>	<b>0,1</b>
45 a 49 años	0,6	1,0	0,9	0,6	0,4
50 a 54 años	0,1	0,8	0,8	0,8	0,1
<b>45 a 54 años</b>	<b>0,4</b>	<b>0,9</b>	<b>0,9</b>	<b>0,7</b>	<b>0,2</b>
55 a 59 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
60 a 64 años	0,1	0,1	0,2	0,1	0,6
65 a 74 años	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2
<b>55 a 74 años</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,2</b>
<b>Promedio Población</b>	<b>1,1</b>	<b>1,5</b>	<b>0,7</b>	<b>0,4</b>	<b>0,1</b>

Fuente: formulario de recolección de información



En el Gráfico 7 puede observarse que en la adolescencia el promedio de sextantes sanos aumenta, al igual que los sextantes con sangrado, mientras que el promedio de sextantes con cálculos y bolsas periodontales disminuye. Además se observa que a partir de los 35 años disminuye notoriamente el promedio de sextantes sanos y con sangrado, aumentando así el promedio de sextantes con cálculos y bolsas de 4 a 5 milímetros. De los 55 a los 74 años se observa una gran disminución en el promedio de sextantes sanos, con cálculos, sangrado y bolsas periodontales debido a las ausencias dentarias; debido a esto se hace presente la necesidad de prótesis en gran parte de la población.

Se observa que en el índice CPITN hay diferencias marcadas dependiendo de los rangos de edad lo cual muestra una probabilidad de 0,0.

## 5. DISCUSIÓN

El presente estudio permite observar que el total de la población evaluada y encuestada fue de 355 personas donde el mayor porcentaje (64.5%), pertenece al sexo femenino; el sexo masculino tuvo un porcentaje de (35.5%). Por otra parte es importante mencionar que la población fue clasificada por rangos de edad de los cuales la muestra mas grande fue la de 7 a 14 años con un número de individuos de 91 equivalente a 25.6% y la muestra mas pequeña fue la de 50 a 54 años, como se puede observar en la Tabla 2.

En cuanto a lugar de residencia la mayor parte de la muestra (75.8%) habita en la zona rural y solo un (24.2%) habita en la zona urbana.

De otro lado se encontró que los elementos de higiene oral más utilizados fueron crema dental, cepillo y seda dental con una frecuencia de por lo menos una vez al día en el 92.7% de la población, lo cual indica buena información en cuanto a higiene oral en la comunidad, aunque el 11.3% manifiesta utilizar agua con limón y un 11% carbón vegetal molido y bicarbonato, lo que muestra que las prácticas tradicionales de la comunidad en cuanto a higiene oral siguen utilizándose en una minoría de la población y que estas, son muy abrasivas. Otros elementos utilizados en menor proporción son: hojas de arrayán, hojas de laurel, manzanilla, astillas de leña. (Tabla 3). Estas aseveraciones pueden ser el resultado de los mensajes repetitivos difundidos por los medios de comunicación, que muestran modelos que influyen en los patrones de belleza y estética de la población, modificando en muchos casos los patrones tradicional como lo menciona el tercer Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III) donde también se afirma que al igual que con el cepillo, la utilización de crema dental se ha popularizado, principalmente porque en los mensajes publicitarios, por obvias razones, siempre van juntos. En aquellos sectores de la población donde su utilización es baja, la explicación generalmente se asocia con la accesibilidad económica<sup>8</sup>.

Teniendo en cuenta el estudio realizado por Tovar, Dávila y Bernal (1997) en la comunidad Ticuna "Arara Amazonas" acerca de las características de higiene oral y hábitos, se observa que existe gran similitud en las costumbres con la comunidad Camentsá ya que se afirma que el 83.3 % de la población incluida en dicho estudio se asean los dientes con cepillo dental inclusive con una frecuencia diaria de 1 y 2 veces determinando un 56.6%<sup>10</sup>.

Con respecto a las creencias de salud oral se encuentra que para el 87.35% de los individuos es muy importante mantener la boca sana, además el 85.4% de la población considera mas importantes las prácticas modernas de higiene oral que las prácticas tradicionales, lo que contradice el hecho de que el 73.5% de personas nunca han asistido al odontólogo aunque el 58.9% afirma no temer a los instrumentos utilizados por el odontólogo. Comparando estos resultados se observa igualdad con el estudio realizado por Nieva y Jácome sobre representaciones sociales del proceso de salud – enfermedad oral en poblaciones urbano marginales y su relación con los discursos y las prácticas institucionales, donde se refiere que frente a la enfermedad sistémica o específica de la cavidad oral, en muy pocos casos, consideraron como una de las causas de enfermedad de la boca "No ir al dentista", solo se va al medico o al odontólogo cuando hay dolor o algún síntoma claro de enfermedad y no ha habido otras posibilidades de curación<sup>33</sup>.

Además revisando estas representaciones en el ENSAB III se encuentran como causas de no consulta la falta de dinero, la dificultad en el acceso a los servicios para consultas regulares ya sea por vivir en zonas rurales o por no tener afiliación a la seguridad social o pertenecer al régimen subsidiado, además por la deficiencia en la oportunidad y en la organización de los servicios para

responder a las diferentes percepciones y representaciones tanto de la boca como de la enfermedad bucal y credibilidad de la población frente a la profesión odontológica, lo cual tiene mucha relación con los hechos observados en los integrantes de la comunidad Camentsá<sup>8</sup>.

En cuanto a prevención de las enfermedades bucales, la población Camentsá Biyá refiere en su mayoría (83.4%) que es de importancia para la comunidad prevenir las enfermedades orales y que la información al respecto fue obtenida en un 54.5% de maestros seguida de los padres 43.7% y en menor frecuencia de los odontólogos, la televisión y la radio, lo cual indica que hay que planear estrategias para el incremento de la información por parte de los odontólogos y medios de comunicación para fomentar correctos hábitos de salud bucodental. Todo lo anterior se corrobora también en el estudio de Tovar (1997) en la comunidad Ticuna el cual muestra que el 100% de la población desea participar en programas de prevención y mantenimiento de la salud oral y lo considera como una necesidad, mostrando así la gran importancia que tiene este aspecto en dicha población. Por otra parte, se encuentra en el ENSAB III que el 71.5% de las personas expresaron que los padres fueron quienes les enseñaron a cuidarse la boca, seguidos en menor frecuencia por la enseñanza de los maestros y el odontólogo o por el aprendizaje a través de radio y televisión mostrando así similitud con los resultados obtenidos en el presente estudio<sup>10</sup>.

También se observa que la mayoría de información recibida (61.7%) es correcta ya que existe la creencia de que la causa de la caries es la mala higiene oral (Tabla 5) y que ésta puede hacerle perder los dientes (opina el 86.8%). En concordancia con el ENSAB III que afirma que el 88% de la población estudiada atribuye la aparición de la caries a "no cepillarse o a efectuar un mal cepillado"<sup>8</sup>. También la investigación de Nieva, en cuanto a representaciones sociales en poblaciones urbano – marginales, menciona que como causas de la caries la falta de higiene oral, la ingesta de dulces refinados, aunque también se presentan creencias como "Los niños tienen las muelas con caries porque no toman leche" las cuales no son presentes en la comunidad Camentsá<sup>33</sup>.

De igual manera se observa que el 89.9% de los encuestados coincide en afirmar que la enfermedad de las encías puede hacerle perder los dientes y el 53% relata que no le sangran las encías. Estos resultados no se pueden comparar con el ENSAB II ni con el estudio de Nieva, ya que estos muestran la creencia que el sangrado de las encías no está asociado con tener la boca sana y que para la población este hecho no es preocupante<sup>33</sup>.

Un aspecto importante a tener en cuenta está relacionado con la utilización de medicamentos tradicionales para curar las enfermedades orales de la boca en su mayoría son plantas medicinales típicas de la región como: llantén, hierbabuena, hojas de chilacuán, galemo, lengua de vaca con sal y limón, perejil machacado, ajengibre. Otro tipo de medicamento tradicional es la yema de huevo cocida. Al comparar esto con la investigación de Nieva se encontró que los medicamentos tradicionales en poblaciones urbano – marginales difiere de los utilizados en la comunidad Camentsá puesto que en dicho estudio se utilizan métodos más agresivos como la aplicación de merthiolate, agua de batería, buches de aguardiente, esmalte, gasolina y betún, creolina, hielo y agua oxigenada aunque también se utilizan hierbas como: romero y hierbabuena<sup>33</sup>.

El análisis de los resultados de la evaluación clínica bucodental permite apreciar que las mayores afecciones se presentan en la articulación temporomandibular con una prevalencia de casos del 23.7% es decir 84 personas de un total de 355, seguida de anomalías en los maxilares en el 13.8% de la población equivalente a 49 personas mientras que las patologías con menor prevalencia de anormalidad fueron piso de boca 3.7%, senos maxilares 0.8% y glándulas salivares 0.6%; con estos resultados se corrobora la afirmación del ENSAB III donde dice que con relación a las patologías de tejidos blandos y la frecuencia de signos y síntomas de disfunción articular, los resultados muestran que siguen siendo problemas de baja frecuencia, aunque no por ello poco importantes<sup>8</sup>.

De otro lado al realizar el examen dental se encontró que el mayor número de anomalías son erosión (13.2%), manchas (11.8%) y atrición (9.9%) lo cual muestra un cambio significativo en comparación con las comunidades prehispánicas en Colombia donde la atrición tuvo una prevalencia del 77%, al igual que la abrasión como lo afirma las investigaciones realizadas por Polanco, Herazo, Rodríguez, Correal, y Groot (2003) sobre morbilidad bucodental en restos arqueológicos en seis comunidades prehispánicas en Colombia<sup>12</sup>.

Es interesante destacar que la alta prevalencia de atrición dental presentada en las investigaciones antes mencionadas, se debe a la costumbre de moler con los dientes el maíz para la chicha, masticar coca y otras hierbas de tipo medicinal las cuales son similares a las prácticas de la comunidad Camentsa, que al parecer se han ido perdiendo en la actualidad como lo muestran los resultados encontrados<sup>12</sup>.

En cuanto al índice de higiene oral simplificado, los resultados indican que el promedio mas alto se presentó en las edades de 30 a 34 años (1.8) y se puede apreciar que el índice desciende a partir de los 50 años, teniendo en cuenta que en estos grupos de edad hay alta prevalencia de ausencias dentarias como se observa en el Gráfico 3.

El promedio general de IHS en la comunidad Camentsá Biya fue de 1.4, lo que indica que en esta población el nivel de placa blanda es alto en relación con el promedio de 0.8 que presenta el tercer estudio de salud bucal (ENSAB III)<sup>8</sup>.

Con respecto al índice COP, el hallazgo mas significativo relacionado con la edad es entre los 55 a 59 años, esto indica que el promedio de dientes con historia de caries aumenta con la edad hasta los 44 años, en el rango de 45 a 49 años el promedio de COP disminuye y a partir de los 50 años aumenta significativamente, en comparación con el ENSAB III se corrobora esta información puesto que allí se muestra que la morbilidad dentaria ha pasado a ser un problema principalmente de la población adulta y que por lo tanto la frecuencia en la población joven es baja<sup>8</sup>.

Esta afirmación también se confirma en el estudio de Polanco y Herazo (1989) en una comunidad indígena prehispánica de Soacha, Cundinamarca, que dice el índice COP se comporta de igual manera en la comunidad prehispánica y Colombia 1977-80, es decir, ambos van en aumento con la edad<sup>11</sup>.

Por otro lado, el estudio de Morbilidad bucal en seis comunidades prehispánicas en Colombia, muestra un aspecto muy importante que es la causa de la diferencia en la prevalencia de caries de esta población con la contemporánea, la cual muestra similares resultados con la comunidad Camentsa y es el aumento del consumo de sacarosa y la disminución de alimentos con contenidos abrasivos lo cual produce una disminución de atrición y aumento de caries<sup>12</sup>.

Esta información no concuerda con un estudio epidemiológico de la atención odontológica primaria de urgencia en la comuna de los Condes, realizado por Weldt (1996) en el cual se afirma que el mayor número de pacientes atendidos fue la población joven con una prevalencia de 90% para la caries, siendo esta junto con la enfermedad periodontal las mayores afecciones para esta comunidad<sup>30</sup>.

De la totalidad de la población incluida en este estudio, la evaluación del estado periodontal indica que el 20% de la población no requieren tratamiento periodontal, la mayoría de la población (41.1%), requieren tratamiento enfocado a prevención como profilaxis y en general de refuerzo en las medidas de higiene oral. El 20.8% de los evaluados, requieren raspaje y alisado radicular, además el 10.1% igual a 36 personas, las cuales presentan bolsas patológicas entre 4 y 5 mm, el tratamiento está limitado a raspaje y alisado radicular incluyendo la eliminación de obturaciones desbordantes y de los márgenes retentivos de placa bacteriana. Y el 7.9% de la población, es decir 28 individuos, presentan profundidades de sondaje igual o mayor a 6mm lo que significa que

requieren de un tratamiento periodontal complejo (TC), además de raspaje y alisado radicular e instrucción de higiene oral.(Gráfico 5)

Al observar el Gráfico 6, muestra el estado periodontal de la población de acuerdo al sexo, encontrándose que el mayor número de sextantes sanos lo presenta el masculino (21%) con una diferencia poco significativa en comparación con el sexo femenino (20%), lo cual no concuerda con el ENSAB III ya que presenta mayor porcentaje de sextantes sanos en mujeres (9.4%), y 5.9% en hombres. En el presente estudio el sangrado presenta mayor porcentaje en el sexo femenino (42%), en los individuos que presentaron cálculos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas estando de acuerdo con el ENSAB III <sup>8</sup> y con los resultados obtenidos por Mazón (1997) sobre el estudio acerca del conocimiento de salud bucal y diagnóstico periodontal en estudiantes de 12 y 18 años en Consolidación del sur, en el cual el sexo femenino tuvo más cantidad de estudiantes sanos en comparación del sexo masculino, a pesar de que ellos demostraron mayor conocimiento en cuanto a higiene oral se refiere<sup>38</sup>.

En el Gráfico 7 puede observarse que en la adolescencia el promedio de sextantes sanos aumenta, al igual que los sextantes con sangrado, mientras que el promedio de sextantes con cálculos y bolsas periodontales disminuye. Además se observa que a partir de los 35 años disminuye notoriamente el promedio de sextantes sanos y con sangrado aumentando así el promedio de sextantes con cálculos y bolsas de 4 a 5 milímetros. De los 55 a los 74 años se observa una gran disminución en el promedio de sextantes sanos, con cálculos, sangrado y bolsas periodontales debido a las ausencias dentarias; debido a esto se hace presente la necesidad de prótesis en gran parte de la población.

En general, existen diferencias con los resultados del ENSAB III, puesto que este muestra una disminución en los sextantes sanos de los adolescentes y un aumento en los sextantes con cálculos, además se presenta un aumento en las bolsas de 4 a 5 mm y las bolsas de 6 o mas a partir de los 35 años<sup>8</sup>.

Al realizar la evaluación del estado periodontal, también se encontró que el 4.2% de la población presenta absceso periodontal, en cuanto a fístula el 6.2% la presenta y el problema de mayor prevalencia es la recesión gingival encontrándose en el 35.2% de los individuos evaluados.

## 6. CONCLUSIONES

En general, en cuanto a higiene oral se concluye que se ha incrementado el uso de cepillo, crema dental y seda dental, en la mayoría de la población, al igual que la frecuencia de higiene oral aunque en una minoría se observa métodos muy abrasivos como el uso de bicarbonato, carbón vegetal molido y agua con sal y limón.

Se observa además que para la comunidad Camentsa, la salud oral es muy importante al igual que las prácticas odontológicas modernas aunque la asistencia al odontólogo es muy baja a pesar de que no existe temor hacia los instrumentos utilizados por éste; y refieren como causa de inasistencia los factores socioeconómicos, la dificultad de acceso a los servicios de salud y por falta de credibilidad de la población frente a la profesión.

De otro lado los maestros toman importancia en la información que tiene la comunidad acerca de prevención y concepciones de enfermedad bucodental destacando la caries y la enfermedad periodontal.

Se encuentra que las creencias acerca de la caries en la comunidad son correctas ya que el 86.8% de personas encuestadas responden que la caries SI puede hacerle perder los dientes.

En la evaluación clínica se encontró que las mayores afecciones son la caries y la enfermedad periodontal destacando que a partir de los 50 años hay alta prevalencia de ausencias dentarias y con ello hay una necesidad significativa de prótesis dentales.

También se observan diferencias marcadas en el COP de acuerdo a los grupos de edad.

Otras afecciones como las de A.T.M., alteraciones en maxilares presentan también alta prevalencia mostrando necesidad de tratamientos correctivos como la ortodoncia y así mejorar la función de oclusión.

La situación encontrada en los rangos de edad muestra diferencias marcadas demostrando así, que las percepciones también difieren en este aspecto.

Por el contrario en cuanto al sexo no se encontraron diferencias significativas

## 7. RECOMENDACIONES

De acuerdo con lo encontrado en la presente investigación, es evidente que en la comunidad Camentsa Biya la condición bucodental está olvidada, esto refleja la falta de compromiso del gobierno y del acercamiento de los profesionales de odontología hacia la comunidad. Por tanto, se sugiere al gobierno municipal, al cabildo, implementar actividades en la promoción y prevención referentes a la salud oral.

Al analizar los resultados de esta investigación es notorio que la salud oral es de importancia para los integrantes de la comunidad; por lo tanto, se pretende mejorar su calidad de vida en aspectos como las técnicas de higiene oral e incentivar a los individuos a tomar conciencia de la importancia de la salud oral, estética y funcionalidad de las estructuras del sistema estomatognático.

Esto podría ser efectivo con la participación directa de los educadores, proporcionando información y adiestramiento en técnicas de higiene oral a la población más vulnerable como son los niños en edad escolar, mujeres embarazadas y padres de familia.

Además, se recomienda realizar proyecciones enfocadas a mejorar la salud de la población Camentsa y concientizar a la población de la diversidad poliétnica existente en Colombia, para mejorar la información y tratamientos orales. Tomar en cuenta las creencias, prácticas y costumbres para elaborar proyectos enfocados tanto en la prevención de la enfermedad como en tratamientos de la afecciones bucodentales.

Con el presente estudio se pretende que personas vinculadas con la preservación y desarrollo de las comunidades indígenas, continúen con la investigación planteada y de esta manera poder implementar las soluciones adecuadas para la comunidad motivo de este estudio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. JAMIOY, Henry. Trabajo de grado. Diagnóstico de salud en las comunidades indígenas del municipio de Sibundoy-Putumayo. Ministerio de Salud. Universidad Nacional. Facultad de Medicina. Departamento Administrativo de Salud del Putumayo. Santa Fe de Bogotá, 1998.
2. DNP-UDT-DPT. Base de datos sobre régimen territorial indígena, 1992, con base en censos DANE 1973 y 1985. Guía Etnográfica de Colombia; DNP 1988, INCORA Sistema de información indígena. 1991.
3. HERNÁNDEZ, Francisco. Salud oral en las comunidades visitadas por la gran expedición humana. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Odontología. Santa Fe de Bogotá, 2000.
4. COLEGIO CHAMPAGNAT. Realidad social del municipio de Sibundoy. Análisis del ámbito general y específico del colegio oficial Champagnat, Sibundoy, 2002
5. CASA DE LA CULTURA. Monografía Municipio de Sibundoy. 1999
6. NUÑEZ, Francisco. Trabajo de ingreso como miembro correspondiente a la Academia Nacional de Medicina. Universidad Javeriana. Facultad de Medicina, Colombia, 1994.
7. GUERRERO, Mauricio. Plan de Desarrollo del municipio de Sibundoy-Putumayo. Alcaldía Municipal Sibundoy, 2002.
8. MINISTERIO DE SALUD. Estudio Nacional de Salud Bucal-ENSAB III. Tomo 7. Colombia, 1999.
9. HERAZO ACUÑA, Benjamín. Antropología y epidemiología bucodental colombiana. Bogotá, 1992.
10. TOVAR VALENCIA, Olga. Características de higiene oral en la comunidad Ticuna "Arara", Amazonas, 1997.
11. POLANCO NARVÁEZ, Héctor. Morbilidad Oral en esqueletos de una comunidad indígena prehispánica. Soacha, Cundinamarca. Universidad Nacional y Universidad Javeriana. Santa Fe de Bogotá, 1989.
12. POLANCO NARVÁEZ, Héctor. Edición de los resultados de 3 investigaciones. Morbilidad bucodental en restos arqueológicos de seis comunidades prehispánicas en Colombia. Universidad Nacional, Bogotá, 2003.
13. REICHEL D., Gerardo. Conceptos biológicos de los indios Kogui de la Sierra Nevada. 1960.
14. LEIGH G., Linda. Etnobotánica en los indígenas Ticuna de Amazonas, Colombia. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 1983.
15. BOTERO G., Juan. Contribución al estudio de la salud-enfermedad en los grupos indígenas del Chocó. 1984.

16. ROSSI B., Francisco y SARMIENTO M., María. Análisis de la situación de salud de las comunidades indígenas de Colombia. Universidad de Antioquia. Medellín, 1998.
17. LIÉBANA UREÑA, José. Microbiología Oral. 2ª ed. Mc Graw Hill: México, 1997.
18. NIETO G. Víctor Manuel; et al. Salud oral de los escolares de Ceuta, influencias de la edad, género, etnia y nivel socioeconómico. En: Rev. Española Salud Pública. Vol. 75 No 6 ( 2001)
19. SHAFER, William G. Tratado de patología bucal. 3ª ed. Interamericana: México, 2000.
20. MISSOURI, Louis. Diccionario de Medicina. 4ª ed. Océano Mosby: Barcelona, España.
21. [http://www.come.org/revista/anterior/07\\_98/articulo.html](http://www.come.org/revista/anterior/07_98/articulo.html)
22. KENNETH. Anderson. Diccionario de Medicina. 4ª ed. Océano Mosby: España, 1996.
23. CARRANZA, Newman. Periodontología Clínica. 8ª edición. Interamericana: México, 1998.
24. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Bioestadística en salud bucodental. North Carolina U.S.A., 1989.
25. RING, Malvin E. Historia ilustrada de la Odontología. DOYMA: Barcelona, 1989.
26. [www.endocolombia.com/odontologia/fo/memorias-4encuentro1.htm](http://www.endocolombia.com/odontologia/fo/memorias-4encuentro1.htm)
27. DEPARTAMENTO DE PUTUMAYO. Revista Promocional de Departamento del putumayo. Mocoa, 1993.
28. MUNICIPIO DE SIBUNDOY. Plan de Desarrollo. Periodo 2002 a 2003. Alcalde Mauricio Guerrero
29. COMUNIDAD INDÍGENA CAMENTSA. Pueblo indígena Camentsa. Problemas de mayor impacto, Elaborado en coordinación con el Cabildo Mayor
30. WELDT OYONARTE, Rodrigo. Estudio epidemiológico de la atención odontológica primaria de urgencia en la comuna de los condes. Universidad de Chile, 1996.
31. CHINDOY Agreda. COMUNIDAD CAMENTSA. Procesos de transformación y alternativas de autogestión, Editorial ABC: Bogotá, 1989.
32. MEDINA VALLEJO, Noemí del Carmen. Transformación de Agro ecosistemas tradicionales dentro de la comunidad Camentsa, Sibundoy, Colombia. Tesis para optar el título de ecólogo. Universidad Javeriana. Facultad de Estudios Ambientales y Rurales. Cali, 2002
33. NIEVA REYES, Blanca, Representaciones sociales del proceso salud-enfermedad oral en poblaciones urbano-marginales y su relación con los discursos y las políticas institucionales
34. Entrevista a siete integrantes de la comunidad Camentsa. Colegio Odontológico Colombiano. Septiembre 16, 17 y 18 de 2002.
35. JAMIOY MUCHAVISOY. Santos. Gobernador Cabildo Camentsa Biya, Sibundoy. Entrevista No 3. 16 de septiembre de 2002
36. DAZA, William. Entrevista No 4. 17 de septiembre de 2002. Sibundoy

37. JUAJIBIOY, Jesús Antonio, Sibundoy. Entrevista No 2. 16 de septiembre de 2002
38. MAZÓN SILVA, Estrella. Conocimientos sobre salud bucal y diagnóstico periodontal en estudiantes de 12 y 18 años en Consolidación del sur, 1997.

## Anexo A. Mapas

Figura 1. Ubicación del Departamento del Putumayo en Colombia

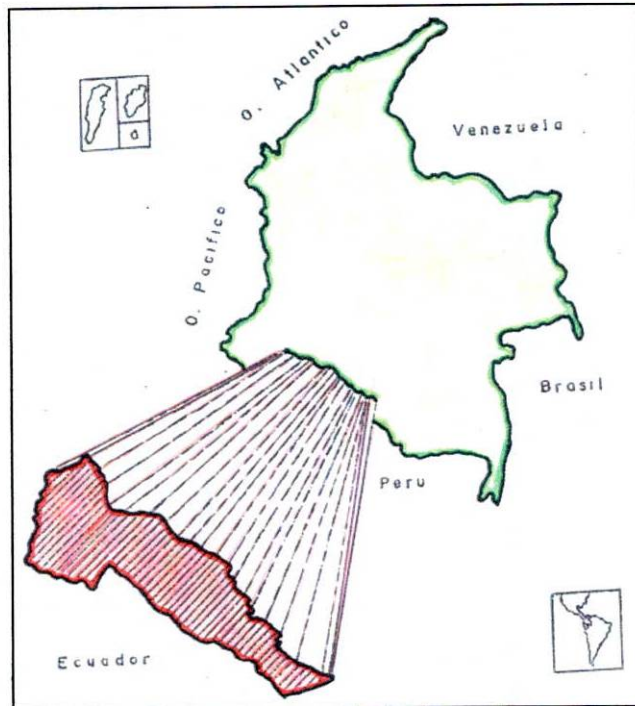
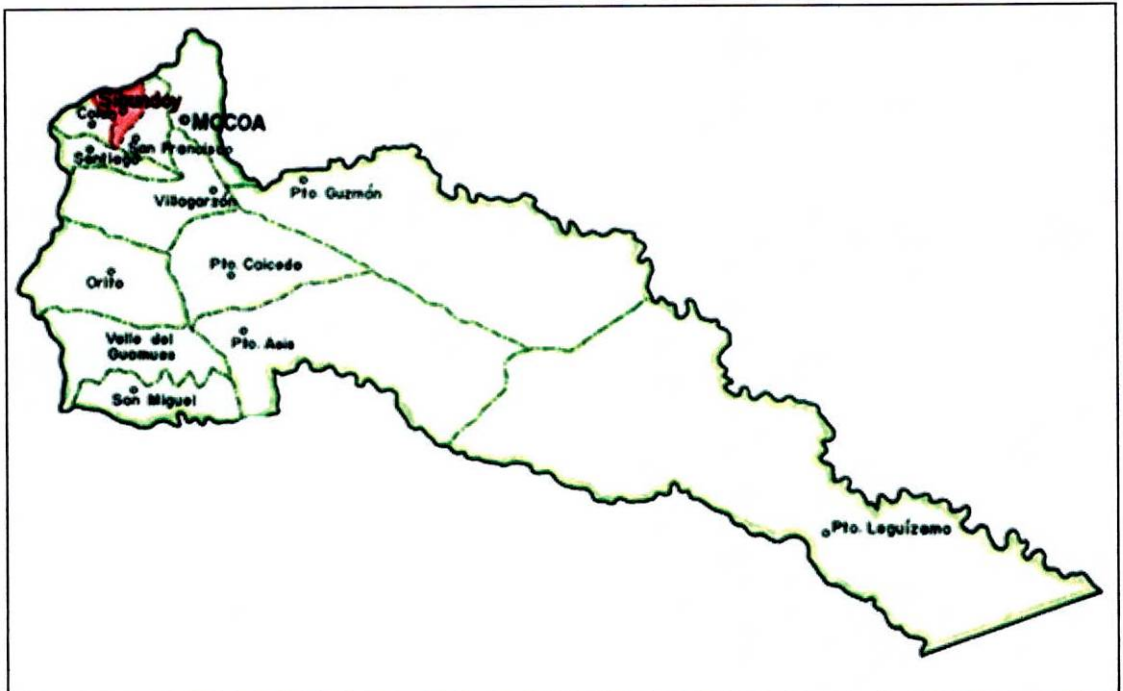
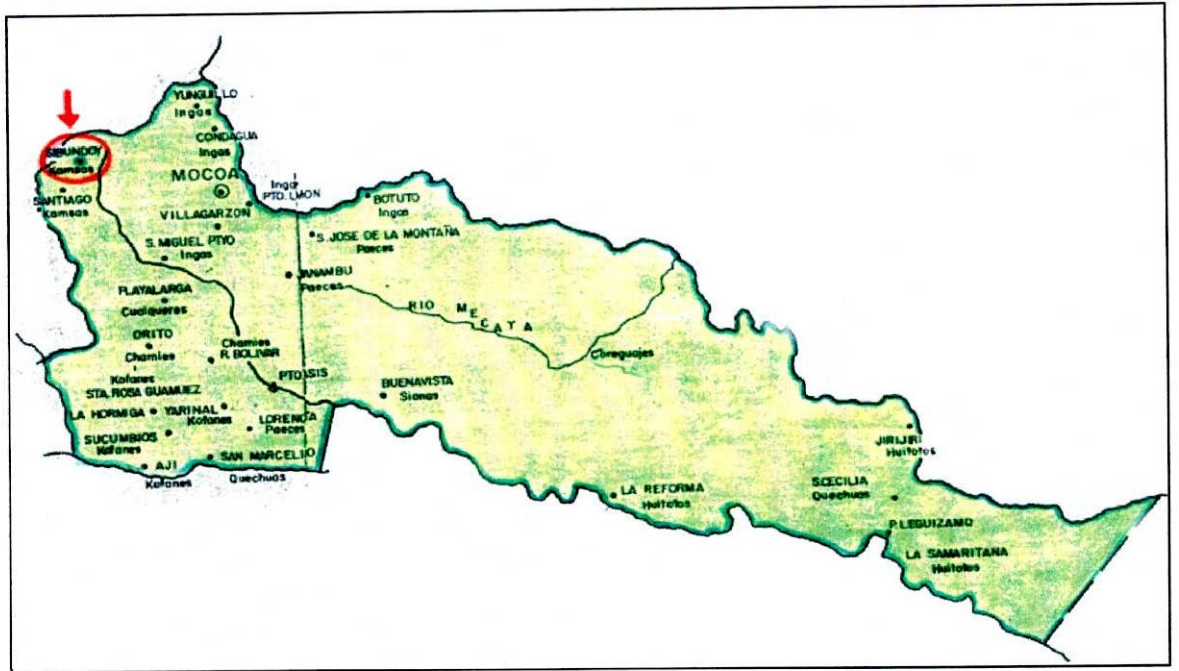


Figura 2. Departamento del Putumayo





### Anexo B. Morbilidad en el Departamento de Putumayo 1997-1999

Cuadro 3. Morbilidad por consulta externa según 183 causas

ORDEN	1997			1998			1999		
	CÓDIGO	CAUSAS	CASOS	CÓDIGO	CAUSAS	CASOS	CÓDIGO	CAUSAS	CASOS
1	111	Enfermedades de los dientes y sus estructuras de sostén	721	111	Enfermedades de los dientes y sus estructuras de sostén	2082	111	Enfermedades de los dientes y sus estructuras de sostén	4342
2	103	Infecciones respiratorias agudas	617	103	Infecciones respiratorias agudas	1234	103	Infecciones respiratorias agudas	1951
3	047	Otras helmintiasis	358	047	Otras helmintiasis	897	031	Otras virosis	1037
4	174	Control embarazo normal	333	006	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	610	047	Otras helmintiasis	954
5	127	Otras enfermedades de órganos genitales	286	136	Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	505	006	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	843
6	006	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	266	127	Otras enfermedades de órganos genitales	473	094	Enfermedad hipertensiva	731
7	136	Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	233	174	Control embarazo normal	468	136	Enfermedad de la piel y del tejido celular subcutáneo	679
8	113	Gastritis y duodenitis	207	173	Control del lactante y el niño sano	445	174	Control embarazo normal	673
9	173	Control del lactante y del niño sano	194	031	Otras virosis	413	127	Otras enfermedades de órganos genitales	656
10	031	Otras virosis	139	182	Examen médico general	319	173	Control del lactante y del niño sano	694

Fuente: DASALUD PUTUMAYO 2001

**Anexo C. Fotografías municipio de Sibundoy – Comunidad Indígena Camentsa Biya**

Figura 4. Carnaval indígena



Figura 5. Celebración del carnaval

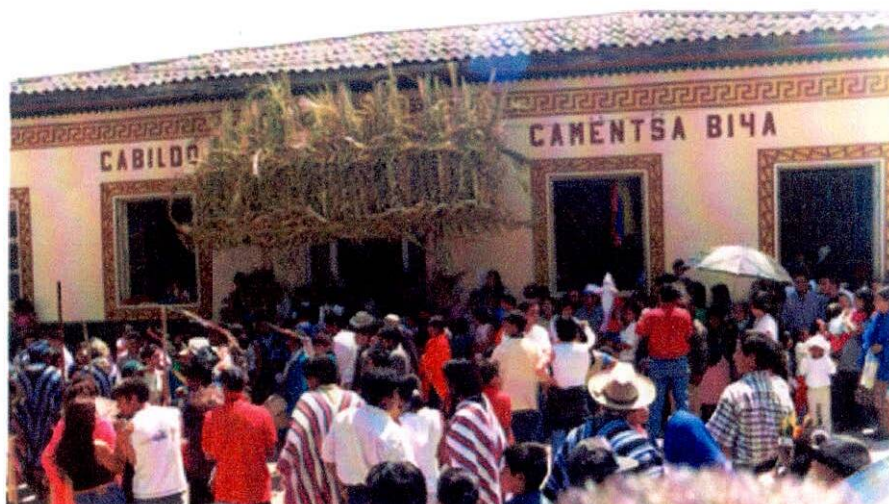


Figura 6. Centro Cultural Tamabioy



Figura 7. Niños indígenas

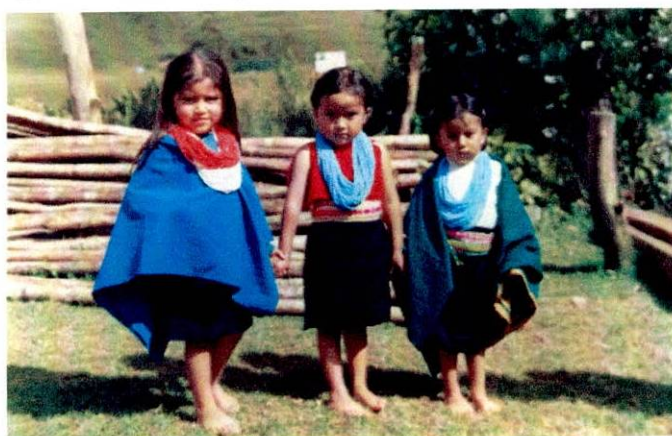


Figura 8. La tierra: sentido cultural



Figura 9. Baile tradicional



Figura 10. Encuentro de dos culturas



## Anexo D. Formulario De Recolección De Información

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO  
SEDE SANTIAGO DE CALI  
CREENCIAS, PRÁCTICAS Y PERFIL EPIDEMIOLÓGICO BUCODENTAL EN LA COMUNIDAD  
INDÍGENA CAMENTSA BIYA, MUNICIPIO DE SIBUNDOY – PUTUMAYO 2003

Fecha 

--	--	--	--	--	--

  
| Día | Mes | Año |

### INFORMACIÓN PERSONAL

1. Sexo      F       M       2. Edad
3. Grupo de edad
- |                                     |                                      |                                     |                                     |
|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> 5 a 14  | 2. <input type="checkbox"/> 15 a 19  | 3. <input type="checkbox"/> 20 a 24 | 4. <input type="checkbox"/> 25 a 29 |
| 5. <input type="checkbox"/> 30 a 34 | 6. <input type="checkbox"/> 35 a 39  | 7. <input type="checkbox"/> 40 a 44 | 8. <input type="checkbox"/> 45 a 49 |
| 9. <input type="checkbox"/> 50 a 54 | 10. <input type="checkbox"/> 55 a 59 |                                     |                                     |
4. Lugar de residencia
1.  Zona urbana      2.  Zona rural
5. ¿Qué usa para limpiar su boca?
- |   |  |   |
|---|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Agua sal                              | 2. <input type="checkbox"/> Agua limón       | 3. <input type="checkbox"/> Sangre grado          |
| 4. <input type="checkbox"/> Arrayán                               | 5. <input type="checkbox"/> Hoja de laurel   | 6. <input type="checkbox"/> Manzanilla            |
| 7. <input type="checkbox"/> Carbón vegetal molido con bicarbonato | 8. <input type="checkbox"/> Astillas de leña | 11. <input type="checkbox"/> Enjuague "Listerine" |
| 9. <input type="checkbox"/> Maco                                  | 10. <input type="checkbox"/> Crema dental    | 13. <input type="checkbox"/> Seda dental          |
| 12. <input type="checkbox"/> Cepillo de dientes                   |  |   |
6. ¿Con qué frecuencia limpia usted su boca? (Dientes)
1.  0-1-2-3- mas veces al día      2.  0-1-2-3- más veces a la semana
7. Para usted la salud oral es
1.  Poco importante      2.  Regular      3.  Muy importante
8. ¿Qué cree usted que es mejor para mantener su boca sana?
1.  Prácticas tradicionales de higiene oral      2.  Prácticas odontológicas modernas de higiene oral
9. ¿Ha asistido usted al odontólogo?
1.  Si      2.  No
10. ¿Le tiene temor a los instrumentos que el odontólogo utiliza en el tratamiento de enfermedades orales?
1.  Si      2.  No
11. ¿Cree que a la comunidad le importa prevenir las enfermedades orales?
1.  Si      2.  No

12. La información con que cuenta sobre prevención de enfermedades orales la ha obtenido por medio de:

1. \_\_\_ Odontólogos    2. \_\_\_ Maestros    3. \_\_\_ Radio    4. \_\_\_ Televisión    5. \_\_\_ Padres

13. ¿Cree usted que la causa de caries es:

1. \_\_\_ Bacterias    2. \_\_\_ Azúcar    3. \_\_\_ Mala higiene oral    4. \_\_\_ Nos e sabe

14. ¿Cree usted que la caries dental puede hacerle perder los dientes?

1. \_\_\_ Si    2. \_\_\_ No    3. \_\_\_ No sabe

15. ¿Le sangran las encías?

1. \_\_\_ Si    2. \_\_\_ No

16. ¿Cree usted que la enfermedad de las encías puede hacerle perder los dientes?

1. \_\_\_ Si    2. \_\_\_ No    3. \_\_\_ No sabe

17. ¿De los siguientes medicamentos tradicionales cuales utiliza para curar las enfermedades orales?

1. ___ Hojas de chilacuan	2. ___ Lengua de vaca con sal y limón
3. ___ Perejil machacado con legua de vaca	4. ___ Yema de huevo cocida
5. ___ Yantén	6. ___ Hierbabuena
7. ___ Dormidera	8. ___ Galembó
9. ___ Sábila	10. ___ Santa María
11. ___ Babaza de moquillo	12. ___ Helecho
	13. ___ Mangapagui

#### EXAMEN FÍSICO BUCODENTAL

	Normal	Anormal
18. Articulación temporomandibular	___	___
19. Labios	___	___
20. Lengua	___	___
21. Paladar	___	___
22. Piso de la boca	___	___
23. Carrillos	___	___
24. Glándulas salivares	___	___
25. Maxilares	___	___
26. Senos maxilares	___	___
27. Músculos masticatorios	___	___
28. Sistema		
Nervioso	___	___
Vascular	___	___
Linfático regional	___	___
29. Función de oclusión	___	___

#### EXAMEN DENTAL

	SI	NO
30. Supernumerarios	1. ___	2. ___
31. Erosión	1. ___	2. ___
32. Atrición	1. ___	2. ___
33. Abrasión	1. ___	2. ___
34. Manchas de qué tipo _____	1. ___	2. ___

### ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO

Nº DE DIENTE	PUNTAJE
16-55	
26-65	
46-85	
36-75	
11-51	
31-71	
TOTAL	

### ESTADO PERIODONTAL

Índice periodontal de las necesidades de tratamiento de la comunidad (CPITN)

No. DIENTE	CÓDIGO				
	0	1	2	3	4
17-14					
13-23					
24-27					
34-37					
43-33					
44-47					

No. DIENTE	CÓDIGO				
	0	1	2	3	4
16-55					
11-51					
26-65					
36-75					
31-71					
46-85					

- |                         |        |        |
|-------------------------|--------|--------|
|                         | SI     | NO     |
| 35. Absceso periodontal | 1. ___ | 2. ___ |
| 36. Fístula             | 1. ___ | 2. ___ |
| 37. Recesión gingival   | 1. ___ | 2. ___ |

### ÍNDICE DE C.O.P.

- |                      |        |                       |        |
|----------------------|--------|-----------------------|--------|
| 38. Dientes cariados | 1. ___ | 40. Dientes obturados | 2. ___ |
| 39. Dientes perdidos | 3. ___ |                       |        |

### ODONTOGRAMA - CONVENCIONES



	VESTIBULAR	CARIES	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	OBTURADOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
--	------------	--------	-----------------------------	-----------------------------	-----------	-----------------------------	-----------------------------

DERECHO      LINGUALES      IZQUIERDO

VESTIBULAR

## Anexo E. Instructivo de recolección de información

A continuación se describe la manera en la que idealmente deben formularse las preguntas y consignarse las respuestas del cuestionario y examen físico bucodental a individuos de la comunidad Camentsá en el Municipio de Sibundoy – Putumayo que cumplen con los siguientes requisitos:

- ❖ Integrantes de la comunidad indígena camentsá Biya que vivan en el municipio de sibundoy Putumayo y sus veredas.
- ❖ Indígenas con edades entre 7 y 74 años, y de ambos sexos.
- ❖ Individuos que no presenten enfermedades sistémicas como causa de las odontopatías.
- ❖ Individuos que no presenten enfermedades terminales.
- ❖ Aceptan participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

**PRESENTACIÓN.** Los observadores se identifican ante el paciente explicando el objetivo de la visita, una vez resueltas todas las inquietudes se entrega el consentimiento informado y se procede al diligenciamiento.

Este es un cuestionario de selección múltiple, se escribe una “x” sobre la línea correspondiente según la opción que más se ajuste a lo expresado por el encuestado.

Se prosigue con un examen físico bucodental cuyos hallazgos se consignaron a partir de la pregunta.

- 1) **Sexo.** Marque con una x f si pertenece al sexo femenino o m si pertenece al sexo masculino.
- 2) **Edad.** Escriba los años cumplidos hasta la fecha del cuestionario.
- 3) **Grupo de edad.** Marque a que grupo de edad pertenece.
- 4) **Lugar de residencia.** Marque con una x si usted vive en zona rural o urbana.
- 5) **¿Qué usa para limpiar su boca?.** Marque con una x los elementos que utiliza para limpiar su boca.
- 6) **Con que frecuencia limpia usted su boca.** Marque con una x la frecuencia según al enunciado.
- 7) **Para usted la salud oral es.** Marque con una x la importancia según su consideración.
- 8) **¿Qué cree usted que es mejor para mantener su boca sana?.** Marque con una x en la respuesta que crea conveniente. 1. Si las prácticas tradicionales de higiene oral ó 2, si la prácticas modernas de higiene oral.
- 9) **¿Ha asistido usted al odontólogo?.** Marque si, si usted ha visitado alguna vez al odontólogo, marque no, si no lo ha hecho.
- 10) **¿Le tiene temor a los instrumentos que el odontólogo utiliza en el tratamiento de enfermedades orales?.** Responda si, si le produce miedo, de lo contrario responda no.

- 11) **¿Cree que a la comunidad le importa prevenir las enfermedades orales?** Marque con un x si, si usted cree que la comunidad se interesa por prevenir las enfermedades orales, de lo contrario marque no.
- 12) **La información con que cuenta sobre prevención de enfermedades orales la ha obtenido por medio de.** Marque con una x por cual de estos medios ha obtenido información.
- 13) **¿Cree usted que la causa de caries es.** Marque cual cree que es la causa de la caries.
- 14) **¿Cree usted que la caries dental puede hacerle perder los dientes?** Marque con una x en 1 si considera que si, marque en 2 si considera que no, 3 si no sabe.
- 15) **¿Le sangran las encías?** Marque una x en 1 si le sangran las encías, de lo contrario marque en 2.
- 16) **¿Cree usted que la enfermedad de las encías puede hacerle perder los dientes?** Marque con una x si, si considera que si, marque no si considera que no, 3 si no sabe.
- 17) **¿De los siguientes medicamentos tradicionales cuales utiliza para curar las enfermedades orales?** Marque con una x los medicamentos que utiliza para curar las enfermedades orales.

Se prosigue con un examen físico bucodental, en el cual el observador evaluará como normal o anormal, marcando con una x, las siguientes estructuras: Articulación temporomandibular, Labios, Lengua, Paladar, Piso de la boca, Carrillos, Glándulas salivares, Maxilares, Senos maxilares, Músculos masticatorios, Sistema Nervioso, Vascular, Linfático regional, Función de oclusión.

Luego se realizará un examen dental en el cual se marcará una x en sí, si hay presencia y en no, si no presenta alguna de las siguientes anomalías: Supernumerarios, Erosión, Atrición, Abrasión, Manchas (especificar el tipo en la línea), patología pulpar.

A continuación, se evalúa el estado de higiene oral mediante el índice de higiene oral simplificado marcando con un círculo el diente correspondiente y el puntaje en frente. También se evalúa el estado periodontal mediante el índice periodontal de las necesidades de tratamiento de la comunidad (CPITN) marcando con un círculo el diente a evaluar y en frente se marca el código de acuerdo a la evaluación.

El observador determinará si hay presencia o no de absceso periodontal, fístula o recesión gingival.

Por último, se realizará un examen dental (ODONTOGRAMA) donde el observador hará las debidas anotaciones.



- Guiados por el Dr. Jorge Eduardo Tascón, quien es su asesor científico.
12. El paciente puede ser retirado del estudio, en beneficio de su salud, en el momento que por concepto de investigadores se considere conveniente.

## **B. DECLARACIÓN DEL PACIENTE**

Este documento certifica que el paciente confirma por escrito su decisión VOLUNTARIA de participar en un ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN después de escuchar la explicación verbal, tener tiempo suficiente para pensar y de haber tenido la oportunidad de preguntar y de aclarar sus dudas y tener la libertad de retirarse cuando lo estime conveniente sin perjuicio de la atención a su salud. También puede revocar este consentimiento cuando el paciente o sus familiares lo presuman oportuno.

Conociendo todo lo anterior declaro que:

1. Tengo derecho de negarme a dar el consentimiento de participar en esta investigación, sin perjuicio de la atención odontológica que recibo en esta institución.
2. Se me ha explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de este procedimiento. También se me ha dicho que las posibles complicaciones podrían ser molestas al utilizar instrumentos para el examen oral como la sensibilidad o dolor dependiendo de la lesión.
3. Soy consciente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento. Comprendo perfectamente que el procedimiento va a consistir en lo siguiente: Se realizarán preguntas de identificación en cuanto a grupo de población como edad, fecha, lugar de habitación, se proseguirá con una entrevista de higiene oral y se hará un examen físico de salud bucodental
4. Y que los posibles riesgos razonablemente prevenibles son: esta es una investigación con riesgo mínimo por cuanto se realizará un procedimiento común como lo es el examen físico bucodental, en el cual se podrán presentar molestias como las mencionadas anteriormente.
5. Y que los beneficios razonablemente esperados son: brindar información precisa y confiable acerca del estado de salud bucodental en la población para que se inicien los programas que reduzcan las incidencias de patologías a nivel oral.
6. Autorizo la toma de fotografías, videos, exámenes de laboratorio o imágenes diagnósticas como radiografías por ejemplo, en las cuales el manejo de la confidencialidad, privacidad e identidad serán acordes y permitidas por la Ley y no estarán a disposición pública.
7. Tengo la posibilidad de contacto permanente con los investigadores en caso de duda o de urgencia.
8. En caso de complicaciones, tendré la disponibilidad de tratamiento y cubrimiento de los gastos adicionales e indemnizaciones pertinentes a cargo del presupuesto de la investigación
9. Mis responsabilidades como pacientes son:
  - 9.1 El compromiso de seguir las indicaciones
  - 9.2 El compromiso de asistir cumplidamente a la primera cita diagnóstica.

Nota: no se utilizarán medicamentos.

10. Estoy de acuerdo con no recibir ningún beneficio monetario por parte de los investigadores.
11. Recibiré copia del presente documento el cual consta de tres páginas

### AUTORIZACIÓN Y FIRMAS

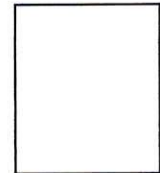
El Doctor: \_\_\_\_\_  
 Me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se hace y para qué sirve este procedimiento. También se me han explicado sus riesgos y complicaciones previsibles y no previsibles del procedimiento. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello YO: \_\_\_\_\_ con documento de identidad: \_\_\_\_\_ expedido en \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para que el Doctor(a) (es): \_\_\_\_\_ y el personal auxiliar que él/ella(os) precise(n) me realicen el procedimiento descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo

LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_

#### 1. Paciente menor de edad:

- 1.1 Incapacidad absoluta (solo firman los padres) niñas menores de 12 años y niños menores de 14 años de edad.

Firma de Tutor legal o familiar: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 C.C.: \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_  
 Parentesco: \_\_\_\_\_



HUELLA DIGITAL DEL TUTOR  
LEGAL O FAMILIAR

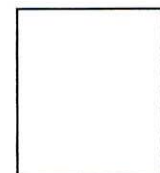
- 1.2 Incapacidad relativa (firma el menor y los padres): menores de 18 años y mayores de 12 años (niñas) o 14 años (niños).

Firma de Tutor legal o familiar: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 C.C.: \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_  
 Parentesco: \_\_\_\_\_



HUELLA DIGITAL DEL TUTOR  
LEGAL O FAMILIAR

Firma Paciente menor de edad: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 D.I.: \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_



HUELLA DIGITAL DEL TUTOR  
LEGAL O FAMILIAR

2. Paciente mayor de edad:

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

C.C.: \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_



HUELLA DIGITAL DEL TUTOR  
LEGAL O FAMILIAR

Firma del asesor científico: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Registro: \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del testigo No 1: \_\_\_\_\_

Nombre del testigo No 1: \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del testigo No 2: \_\_\_\_\_

Nombre del testigo No 2: \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## Anexo G. Recursos

Cuadro 4. Recursos Humanos

PERSONAL	DEDICACIÓN HORAS POR SEMESTRE	VALOR POR HORA	VALOR TOTAL
<b>SEMESTRE SEXTO</b>			
Magda Moncayo- Investigadora	77	0	0
Francys Zúñiga -Investigadora	77	0	0
Javier Mazo - Asesor metodológico	34	0	0
Irma L. Silva B.- Coinvestigadora	50	0	0
Santos Jamioy-Gobernador Indígena Camentsä Biya	5	0	0
José Ásael Ortega Miticanoy Director Puesto de Salud Santiago Rengifo - Sibundoy	10	0	0
		TOTAL	0
<b>SEMESTRE SÉPTIMO</b>			
Magda Moncayo- Investigadora	50	0	0
Francys Zúñiga- Investigadora	50	0	0
Jorge Eduardo Tascón Asesor Científico y metodológico	13	0	0
Asesor estadístico	5	0	0
Irma Silva B- Coinvestigadora	30	0	0
Integrantes de la comunidad indígena Camentsä Biya	14	0	0
Santos Jamioy- gobernador indígena Camentsä	5	0	0
		TOTAL	0
<b>SEMESTRE OCTAVO</b>			
Magda Moncayo- Investigadora	77	0	0
Francys Zúñiga- Investigadora	77	0	0
Jorge Eduardo Tascón Asesor Científico y metodológico	17	0	0
Asesor estadístico	15	0	0
Irma Silva B- Coinvestigadora	50	0	0
Gonzalo Portila- Comunicador Social	30	0	0
William Daza - Antropólogo	30	0	0
		TOTAL	0
<b>SEMESTRE NOVENO</b>			
Magda Moncayo- Investigadora	64	0	0
Francys Zúñiga- Investigadora	64	0	0
Jorge Eduardo Tascón Asesor Científico y metodológico	16	0	0
Asesor estadístico	16	0	0
Irma Silva B- Coinvestigadora	30	0	0
Santos Jamioy – Gobernador indígena Camentsä	4	0	0
		TOTAL	0

Cuadro 5. Recursos físicos

RUBRO	CANTIDAD	VALOR UNIDAD	VALOR TOTAL
<b>SEMESTRE SEXTO</b>			
Papel por resmas	1	8.000	8.000
Transcripción	3	15.000 10.000 10.000	35.000
Transporte por viaje	1	80.000	80.000
Audiovisuales	2	Vides 20.000 Fotos 10.000	30.000
Fotocopias	400	50	20.000
Envío de información	2	20.000	40.000
Anillado	1	1.500	1.500
Refrigerio	19	1.000	19.000
Lápices	2	1.500	3.000
		<b>TOTAL</b>	<b>\$ 236.500</b>
<b>SEMESTRE SÉPTIMO</b>			
Transcripciones	6	5x15.000 1x10.000	85.000
Cuadernos	2	2.000	4.000
Fotocopias	260	50	13.000
Envío de información	2	20.000	40.000
Anillados	3	1.500	4.500
Lápices	2	7.500	3.000
		<b>TOTAL</b>	<b>\$ 141.500</b>
<b>SEMESTRE OCTAVO</b>			
Transcripciones	5	20.000	100.000
Transporte por viaje	4	80.000	320.000
Cuadernos	2	2.000	4.000
Fotocopias	1.500	50	86.000
Envío de información	2	20.000	40.000
Anillados	3	1.500	4.500
Refrigerio	12	1.000	12.000
Lápices	3	1.000	3.000
Instrumental	40	16.000	640.000
Tapabocas	2 cajas	12.000	24.000
Jabón	4	7.000	28.000
Algodones	1 paquete	6.000	6.000
Gasas	5 paquetes	3.500	17.500
Revelador de placa	8	5.500	44.000
		<b>TOTAL</b>	<b>\$ 1.329.000</b>
<b>SEMESTRE NOVENO</b>			
Transcripciones	3	30.000	140.000
	1	50.000	
Transporte por viaje	5	80.000	400.000
Fotocopias	100	50	5.000
Anillados	4	1.500	6.000
Lápices	3	1.000	3.000
		<b>TOTAL</b>	<b>\$ 554.000</b>

Cuadro 6. Recursos Financieros

RUBRO	VALOR
Recursos humanos	0
Recursos físicos	2.261.000
TOTAL	2.261.000
Imprevistos 5%	100.000
GRAN TOTAL	2.361.000

### Anexo H. Cronograma

Cuadro 7. Cronograma. Sexto Semestre

Nº	Actividad	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Selección de ideas																								
2	Escogencia del tema																								
3	Recolección de información			X	X	X																			
4	Definición del problema					X	X	X																	
5	Definición de objetivos									X	X														
6	Recolección de información										X	X	X												
7	Corrección del trabajo													X											
8	Introducción y justificación														X	X									
9	Entrega del trabajo																X								
10	Recolección de información, integración con conocedores del tema																X	X	X	X	X	X	X	X	X

Cuadro 8. Cronograma. Séptimo Semestre

Nº	Actividad	SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE											
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4								
1	Presentación de propuesta al Comité	X																							
2	Propuesta al asesor científico		X																						
3	Propuesta al asesor metodológico			X																					
4	Correcciones del primer avance				X	X																			
5	Inicio del diseño metodológico					X																			
6	Asesoría estadística						X																		
7	Entrega de trabajo							X																	
8	Correcciones							X																	
9	Entrega de anteproyecto								X																

Cuadro 9. Cronograma. Octavo Semestre

Nº	Actividad	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Correcciones de diseño metodológico		X	X	X																				
2	Completar el marco teórico					X	X	X	X																
3	Elaboración de prueba piloto									X	X														
4	Sustentación de información de recolección y consentimiento informado										X														
5	Organización de trabajo de campo												X	X	X	X	X	X	X	X	X				
6	Examen clínico odontológico y aplicación de formularios a los integrantes de la comunidad																						X	X	

Cuadro 10. Cronograma. Noveno Semestre

Nº	Actividad	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE											
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4								
1	Hacer diagnóstico a partir de los datos ya recolectados	X	X																						
2	Análisis diagnóstico			X	X																				
3	Análisis de causas y consecuencias del Diagnóstico					X	X																		
4	Correcciones y entrega del trabajo									X	X	X													

Cuadro 11. Cronograma. Décimo Semestre

Nº	Actividad	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Últimas correcciones		X	X																					

